口腔开业医师、全科医师、初中级医师必备手册

口腔小手术图解

——基础与实践

An Atlas of Minor Oral Surgery

Fundamental & Practice

原著：（英）David A. McGowan

主译：陈　江　　林　珊



福建科学技术出版社

FUJIAN SCIENCE & TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE

中华口腔医学会口腔颌面外科专业委员会副主任委员　田卫东教授

中华口腔医学会常务理事　闫福华教授　　联合推荐

中华口腔医学会口腔颌面外科专业委员会肿瘤学组副组长　郭传瑸教授

VISIT…

LANZAROTE Caliente.com

微信公众号

口 腔 视 频

微信搜索qzkqsp1即可关注

福利1

关注后可观看正畸、修复、种植等精彩内容

福利2

关注后领取口腔解剖病理学视频讲座全集

福利3

加入视频分享交流群，解答疑难病例，获取更多视频资源

扫二维码，关注公众号
领取更多口腔资料

责任编辑：蒋　舒
装帧设计：余景雯
责任校对：郑　诚　林锦春

英国格拉斯哥大学著名牙科教授David A. McGowan总结近40年的临床教学经验，倾力奉献这本小而精的手术图册，教您如何在30分钟内轻松完成一例口腔小手术！

◎ 口腔外科手术基本原则＋影像学分析＋手术操作全图解

◎ 口腔门诊最常见的**7**类手术＋**25**个典型实例＋**314**幅高质量的临床图片

◎ 权威教授原著＋专业译者队伍＋**3**位业内资深专家强力推荐

David A. McGowan（1939－　）　MDS，PhD，FDSRCS，FFDRCSI，FDSRCPSG

英国格拉斯哥大学牙科教授、研究生导师，曾任格拉斯哥大学牙科学院和格拉斯哥皇家医学院牙科学院院长、英国牙科总会（GDC）副主席、英国校际牙科考试委员会主席。

陈江（1964－　）　博士，主任医师，教授，博士生导师

四川大学华西口腔医学院医学博士，福建医科大学口腔医学院、附属口腔医院副院长，中华口腔医学会种植专业委员会委员，中华口腔医学会口腔颌面外科专业委员会肿瘤学组成员。

ISBN 978-7-5335-3308-3

9 787533 533083 >
定价：48.00 元

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

口腔小手术图解

——基础与实践

An Atlas of Minor Oral Surgery

Fundamental & Practice

原著：（英）David A. McGowan

主译：陈　江　林　珊

译者：罗小安　公琼红　黄　华　简小冲

福建科学技术出版社

FUJIAN SCIENCE & TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE

PDG

著作权合同登记号：图字 13-2008-015 号
Authorised translation from the English language edition published by Martin Dunitz, a member of Informa UK Limited.
All Rights Reserved.
本书简体中文版由 Martin Dunitz 公司授权福建科学技术出版社独家翻译、出版、发行。

图书在版编目（CIP）数据

口腔小手术图解：基础与实践/（英）麦高恩（McGowan，D. A.）著；陈江，林珊译．—福州：福建科学技术出版社，2009.1
ISBN 978-7-5335-3308-3

Ⅰ．口… Ⅱ．①麦…②陈…③林… Ⅲ．口腔外科手术－图解 Ⅳ．R782.05-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2008）第 175040 号

书　　名　**口腔小手术图解——基础与实践**
原　　著　（英）David A. McGowan
主　　译　陈江　林珊
出版发行　福建科学技术出版社（福州市东水路 76 号，邮编 350001）
网　　址　www. fjstp. com
经　　销　各地新华书店
排　　版　福建科学技术出版社美编室
印　　刷　福建彩色印刷有限公司
开　　本　635 毫米×965 毫米　1/16
印　　张　9
图　　文　140 码
版　　次　2009 年 1 月第 1 版
印　　次　2009 年 1 月第 1 次印刷
书　　号　ISBN 978-7-5335-3308-3
定　　价　48.00 元
书中如有印装质量问题，可直接向本社调换

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

中文版序

随着近年来国人对口腔健康的重视程度不断上升，因口腔问题就诊的患者数量也随之增长。于是在公立口腔医疗机构之外，越来越多的民营口腔医疗机构应运而生，经营者中不乏高学历人士，他们也同样构成了我国口腔医疗力量的一部分。在就诊人群中，有相当部分患者需要口腔外科治疗，因此，民营口腔医疗机构也应具备进行简单外科手术的能力。口腔医学历来注重临床经验，而那些毕业后即独立开业的年轻口腔医生由于缺乏实践经验，在面对需要外科处理的患者时往往感到没有把握，理不清思路，在诊疗过程中容易出现考虑欠周全的情况。他们迫切需要快速获得临床经验，却苦于没有资深医师指导。在这种情况下，本书的翻译出版极大地满足了这部分读者的需求。

本书作者 David A. McGowan 教授是一位拥有近 40 年临床教学经验的专家，长年执教于英国最古老、最著名的格拉斯哥大学牙科学院。此次他收录了 314 幅高质量临床彩色照片与影像照片，以图片辅以文字的形式，系统地介绍了口腔外科小手术的术前诊断、治疗计划的制定、术前准备、手术操作的详细步骤以及术后护理与随访等，为理解和掌握口腔小手术操作提供了直观简洁、一目了然、图文结合的展示平台。其中丰富的临床经验与规范化的操作步骤，对年轻医生解决临床问题，规范、更新手术操作，提高诊治水平有很大的帮助。

中文版序

因而，此书无论对口腔开业医师、全科医师，还是各级医院的口腔科住院医师、低年资主治医师，或者口腔医学专业高年级学生，都是一本极具参考价值的临床用书。

本书主译陈江博士，具有系统的口腔颌面外科专业学习经历，拥有长期从事口腔医学临床、教学、科研的经验，曾在美国哈佛大学牙医学院及新英格兰医学中心访问研究，回国后翻译和参加编写了 7 部口腔医学论著。在陈江博士的组织下，一批具有高学历和临床经验的中青年专家参与了本书的翻译，译文精练准确，是我读过的质量较优的一本口腔外科专业译著。我愿意向从事口腔临床工作的医生，以及口腔医学专业的高年级本科学生及研究生推荐这本书，作为他们口腔外科诊治实践的常备参考书。

田卫东

中华口腔医学会口腔颌面外科专业委员会副主任委员
四川大学华西口腔医院口腔颌面外科主任
2008 年 11 月

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第一版 前言

随着口腔预防医学的不断发展，世界上大部分地区人们的口腔健康状况有了很大改善。但是，尽管如此，牙齿拔除术仍然是一名牙科医生应当具备的基本技术。虽然患者无论如何也不可能喜爱上拔牙的过程，但医生尽量控制了患者的焦虑情绪，避免疼痛并减少不适感，这样也将获得患者的感激。不论是何种形式的手术，并发症总会不时地发生，进行拔牙操作的医生应当对此有所准备。在牙槽外科手术中，良好的技术、器械和团队配合能发挥重要作用，当发生并发症时，能及时有效地做出反应。

本书的目的是为了推广规范的口腔小手术方法，这些方法可根据医生的操作喜好、治疗条件，尤其是患者的具体情况而进行调整。全书通过具体实例的手术操作过程，强调并阐释口腔小手术的普遍性原则。“口腔小手术”指的是由富有经验的口腔全科医生在局麻下 30 分钟内能轻松完成的手术。这个定义说明了这本书应当作为一本口腔外科技巧的进阶指导用书，而不能取代初学者所必需的一对一的临床教学指导。我希望能将这本书推荐给口腔医学院校的教师以及有数年工作经验的临床医生，同时要把这本书献给我的患者，感谢他们对口腔医学事业进步做出的贡献。

David A. McGowan

第二版 前言

在本书第一版出版后的 10 年里，口腔小手术的基本原则和技术没有什么改变。值得一提的是，为防止血液传播性疾病的传染，严格控制交叉感染是十分必要的。在第一版中已涉及这部分内容。另外，由于公众对医学期望值的不断增高，同时也为了医患纠纷诉诸法律做准备，我们反复强调了充分进行医患沟通的重要性。在第二版中针对这个方面进行了扩充。最后，更换了一些清晰度不够的病例，而原先的大部分病例由于仍然能阐明如何进行有准备、有条理的手术，因而均被保留了下来。

David A. McGowan

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第一版 致谢

在本书的编撰过程中我得到了许多人的支持和帮助。感谢 John Davies 和英国格拉斯哥口腔医院及医学院口腔插图部的全体工作人员，你们高超的技术让此书的出版成为可能；感谢我的秘书 Sara Glen-Esk，谢谢你努力辨认我潦草的笔迹；感谢我的顾问医生以及年轻的同事们，你们不仅帮助我寻找并追踪合适的病例，而且还分担了我的工作，让我有时间从事本书的写作；感谢护理组成员尽心照顾患者；感谢 Al-Kharusi 和 Ahmed Zahrani，你们协助我完成了绝大部分的手术；感谢 Helen Shanks 为我拷贝 X 线资料；感谢 Gordon MacDonald 和 Jim Rennie 提供病理报告；还要感谢我的妻子和我的家庭对我的包容。

与 Martin Dunitz 出版社的工作人员共事是件令人愉快的事，特别是 Mary Banks。

最后我还要感谢 Bernard Smith，是他首先建议我着手此书的撰写。

第二版 致谢

我仍然要感谢那些在本书撰写过程中给过我帮助的人们。此外，我还要特别感谢 Kay Shepherd 为新病例留下高质量的照片资料；感谢我的现任秘书 Grace Dobson；感谢 Martin Dunitz 出版社的 Robert Peden，你对我延误交稿的宽容让我心怀感激。

目录

基础篇

1 诊断和治疗计划 3

2 术前准备 5

3 手术操作 8

4 术后护理 12

实践篇

5 残根拔除术 17

上颌侧切牙残根拔除术 17

下颌残根和阻生第三磨牙拔除术 20

残留的下颌磨牙牙根拔除术 23

6 第三磨牙拔除术 27

第三磨牙的影像学检查 27

部分埋伏的近中阻生下颌第三磨牙拔除术 30

完全埋伏的近中阻生下颌第三磨牙拔除术 33

水平阻生下颌第三磨牙拔除术 37

远中阻生下颌第三磨牙拔除术 41

残留的下颌阻生第三磨牙拔除术 46

上颌阻生第三磨牙拔除术 51

7 根尖切除术 55

右上颌中切牙根尖切除术 55

PDG

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

contents

8 正畸小手术 60

上唇系带修整术 60

多生牙拔除及上颌侧切牙开窗术 64

上颌尖牙开窗术 67

9 修复前手术 71

无牙颌牙槽嵴修整术 71

纤维结节切除术 74

义齿性增生组织切除术 78

未萌上颌尖牙拔除术 82

10 囊肿摘除术 87

多发性颌骨囊肿摘除术 87

黏液囊肿摘除术 97

11 软组织活检术 102

唇部肿物活检术 102

颊部纤维上皮息肉切除术 106

腭部纤维上皮息肉切除术 110

12 口腔上颌窦瘘修补术 113

口腔上颌窦相通和牙根异位的处理 113

慢性口腔上颌窦瘘修补术 118

附 录

附录 A 器械 127

附录 B 推荐书目 130

PDG

基础篇

Fundamental

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

PDG

1 诊断和治疗计划

Diagnosis and Treatment Planning

诊疗计划

所有的手术都会造成组织的损伤和患者的不良反应，因此，作为医生应当权衡利弊后实施每一例手术。没有所谓的“常规”手术，手术的目的在于：

①消除疾病。

②预防疾病或危害。

③去除病变或多余的组织。

④改进功能或外观。

举个常见的例子。拔除无症状的完全埋伏的阻生牙或残根碎片，势必会给患者造成一定的手术损伤；而如果不拔除，无症状的阻生牙或残根本身并不一定就会导致感染，只是一旦其上覆盖的黏膜有破损，那么发生感染的可能性就很大了。因而，权衡利弊，拔除应是明智之举。

要做出有效的临床决策，必须收集相关资料并进行客观分析，同时也需要依靠医师的经验、直觉，甚至允许有某种个人偏好，但不允许医生迁就患者的无理要求。

口腔小手术仅仅是患者持续牙科治疗的一部分。在拔除了阻生第三磨牙之后，紧接着拔除有症状的龋坏第二磨牙，这不仅是愚蠢的做法，也同时损害了患者和医生的利益。

临床诊断是一种理论性实践，而在此基础上制定的治疗计划则应考虑与时下的经济与社会因素的适应性。成功的治疗计划是正确地平衡各种因素的结果。

除了少数纯粹的软组织手术外，口腔小手术的诊断相当依赖于X线检查。但是很遗憾，口腔X线检查常常质量不高，而且检查过程很匆忙。以低质量的X线检查结果作为诊断的依据，是一种疏忽大意的行为，是不可取的。

术前如果我们无法准确地评估手术的难度，那么宁可高估它。高

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

估手术难度可使患者心存信赖和感激，而低估手术难度轻则引起尴尬，重则导致医疗事故，甚至引发法律诉讼。全科牙医将复杂的病例转诊给专家，也会赢得患者和同行的尊重。而随着经验的累积，医者术前评估的准确性会随之增加，手术能力也会随之提高。

手术适应证

口腔小手术的危险性被严重夸大了。由于内科医生不了解牙科，而牙科医生不懂得内科，结果导致了对口腔小手术风险的不必要的担心。实际上，这些担忧是毫无根据的。口腔小手术使用的是局部麻醉(使用或不使用镇静剂）而不是全身麻醉，整个手术过程是很安全的。

以往总是认为，牙科患者只有能够独自就诊，才适合接受手术治疗，这种观点现在看来似乎过于保守。现代医学的进步正在使很多过去只能卧床不起的患者重获新生，这也就否定了上述保守的观点。一直以来我们努力把学生培养成具有高超学识并能深入理解医学的牙科医生，但是另一方面，那些不会采集现病史或不重视病史采集的牙医同样也是不合格的。

作为牙科医生，如果对手术有疑虑，慎重的做法是，与患者的内科医师探讨潜在的问题以征求他们的意见。但须切记，征得的建议必须采纳，这些建议总会更谨慎一些。口腔小手术，正如本书的前言所定义的，它不适应于对急性发病或者慢性病患者的治疗，除非他们能下床走动并且还能相对正常地生活。控制良好且稳定的慢性病，本身虽然不会引起什么问题，但因为复杂的内科治疗常常会引起不良的药物反应。但常用的局部麻醉剂 2%利多卡因 2~4ml 加入 1/80000 肾上腺素则不会对手术有害。

与缺乏实效的所谓的“安全准备”相比，善意地关心患者，避免对患者造成压力则显得更加重要，因为压力将引发内源性儿茶酚胺释放。

关于诊断和治疗计划，读者还可阅读其他相关材料，它们详尽地阐述了各种可能性。我们在本书附录 B“推荐书目”部分列举了一些材料以供参考。

2 术前准备

Pre-operative Preparation

充分的术前准备是手术成功的关键。本节我们将依次分别讨论术前准备的各个环节（详见下表），各环节之间又是相互关联的。充分的术前准备可有效地帮助患者建立起对手术的信心，从而使患者能更好地配合医生。缺少计划或对手术的预见性，比缺乏手术技能更容易导致手术中的困难。

术前准备项目

患者

- 舒适——身体上和精神上的放松
- 麻醉±镇静：a. 口服镇静剂
  b. 口腔麻醉
  c. 吸入麻醉
  d. 静脉麻醉
- 知情同意
- 资料：a. 病历记录
  b. X 线片

设备

- 照明
- 吸引器
- 器械
- 敷料和药物

助手

- 训练有素

手术者

- 术前评估
- 手术计划
- 意外事故的预案

患者

任何患者都不可能满怀欣喜地期待一台手术，因此，不太在意、不关心，也许是患者对待手术最好的状态。对于手术，患者通常会表

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

现出不同程度的担忧，医护人员应给予安慰。通过医患间的交流，大多数患者的恐惧可以得到缓解。如果患者羞于表达而强装镇定，则可能会妨碍医患间的沟通。

治疗计划必须得到患者的同意，至少应该有口头上的同意。要想让患者接受治疗计划，必须让患者了解并接受手术目的、方案、过程和结果，包括可能发生的不良反应。术前须知有助于患者了解上述内容。如果必要的话可以准备一份手术知情同意书，请患者签字。但是不管怎样，病历中都必须记载术前谈话内容和已告知的潜在并发症。其他备选治疗方案和放弃治疗的后果也应当告知患者。

行第三磨牙拔除术前，重要的是要让患者充分了解潜在的风险，在权衡利弊后决定是否拔除，以及制定随访观察的方案。目前的观点是只拔除有症状的牙齿。向患者展示 X 线片非常有助于患者理解治疗计划。

术前还应评估所需镇静的程度，以及手术与镇静可能带来的社会后果。手术当天，应让患者体验彬彬有礼、从容不迫的接诊过程，并将患者安置于舒适的靠背椅中。术后应尽可能让患者由尽责的成人陪伴回家。

记住检查患者的病历记录，并把它放在容易查阅的位置，供手术需要时查阅。X 线片应置于观片灯上，并核对姓名和手术部位。

设备

手术器械包会因手术及术者的偏好不同而有所差异。本书附录 A 列举了一个普通的手术器械包所应包含的器械。器械包里应备有消毒好的手术器械，干燥密封保存，保持无菌状态。高压灭菌器必须定期维护、保养，最好使用灭菌指示胶带。

毋庸置疑，有效的照明装置和吸引器是两个必须的基本设备。没有此二者是不可能做好手术的，因为当术中遇到困难时，在采取任何其他措施前，首先反应就是检查视野和暴露术区。照明对于其他任何口腔操作均同等重要。手术使用的吸引器应是高真空/低容量类型，以确保有效地吸除血液以及冲洗的生理盐水。大孔径的高容量吸引器虽然能保证术野的清晰，但却可能把牙齿或软组织细小碎片吸走，而这些碎片是需要保留以用于检查核对的。在患者被带进手术室前，应测试切割设备，并提前准备好所有的敷料和药品。

助手

口腔小手术是“四手操作”的过程，因此熟练的助手是很重要

的。大多数的牙科助手都很享受这项工作的多样性与挑战性，但这还不够，助手还需要经过特殊的训练，以具有严格的无菌观念，同时也要能够应对那些经常有不安感觉的患者所提出的其他要求。另外，术者也应预先向助手解释手术计划，这很重要。

手术者

手术者必须对整个操作过程有非常清晰的思路。术中可能出现的问题，虽然不可能都预见到，但大部分应该能够预料。通过了解病史、查体以及 X 线片的表现来制定手术方案，该方案应事先向患者和助手解释清楚。随着手术的进行，尤其是随着组织的切除和牵拉暴露，视野会更加清晰，此时也可能需要对手术计划作些改变。

另外，应使患者保持良好的体位，以便术者有清晰的视野且操作舒适。

PDG

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

3 手术操作

The Operation

所有的口腔小手术都遵循一个相似的操作步骤，这个步骤是整体治疗的基础（详见下表）。当手术遇到困难的时候，遵循合乎逻辑的总体计划对解决难题是很有帮助的。同其他手术一样，口腔小手术的手术步骤也是沿着组织解剖层面来进行的，首先向内切开直至目标处，结束后向外行进直至创口缝合。

手术步骤

- 放置牵拉器
- 切口
- 翻瓣
- 去骨：a. 建立入路
  b. 牙挺支点
  c. 去除阻力
- 切割牙体
- 拔除牙或牙根
- 清理牙槽窝
- 缝合
- 检查
- 复诊
- 病历记录

放置牵拉器

第一步是放置合适的牵拉器，目的是暴露手术视野并撑开嘴唇、脸颊和舌，以使它们不妨碍手术操作。Kilner 面颊牵拉器如果固定在正确的角度，就能控制唇和颊。不必太关注舌的运动，患者有意识地控制舌活动对手术并无帮助。当牵拉器放置在适当的位置后，应检查患者、术者、助手及灯光的相对位置。

切口

应根据暴露及关闭的需要来确定切口的形状。长短切口的愈合程

度是一样的，因而所做切口应使暴露充分。仔细设计切口位置，虽然在这里颏神经是唯一有风险而需要避开的重要结构，但也还要避免不必要地切断肌肉及知名小血管，以减少出血。大多数切口可以直抵骨面，这样能够保证黏骨膜层一并分离。以执笔式持刀，保持手的稳定。可能的话，手指最好要有支点。有时使用组织剪可便于扩大切口。

翻瓣

用骨膜剥离器（比如 Howarth 骨膜剥离器）剥离黏骨膜瓣。在此阶段用两把剥离器有其优点——一把用于操作，另一把帮助牵拉骨膜。应适当地潜行剥离创口边缘底部以移动瓣膜。充分地翻瓣不仅能够获得足够的视野，且广泛的暴露还能够减少创口边缘的牵拉损伤。

去骨

手术中通常要求去骨，这样既有利于扩大视野，也可以减少因过大的向上牵拉造成损伤。去骨应充分。用慢速至中速的手机车针可以最方便地去骨。骨凿有利于骨质薄层去骨，当咬骨钳的钳喙能够放在骨质的边缘时，咬骨钳则是个理想的选择。因为锐利的骨边缘被咬骨钳啮切后，就没有很大的必要使用骨锉了。对骨面进行过多的光滑处理会引起不必要的创伤，而且还浪费时间。

虽然去骨要充分，但去骨量必须计算以满足最终的需要，绝不能盲目地破坏骨质。去骨的主要目的是获得手术的入路和建立使用牙挺（或牙钳）的支点，以及去除妨碍牙齿或牙根移动的阻力。这些目的有可能同时达到，但应遵循上述的操作顺序。牙齿或牙根周围的沟或槽应该深而窄，以便保持杠杆作用的支点。另外，无论是在暴露牙冠的外形高点，还是考虑牙根的弯曲和角度时，都应该牢牢记住牙齿的形状。

切割牙体

将牙体切割成许多更简单或更便于操作的形状，可缓解牙齿脱位过程中的摩擦力，或是解除阻力。使用球钻切割牙齿表面能达到该目的。先用球钻在牙齿上定点，然后用裂钻将圆点连成一道槽。要有效地切割牙体，必须使用尖头的钨碳钻。为了保证在牙体组织内切割且避免损伤邻近组织，应预先判断切割深度。最后在切割的槽沟内使用扁牙挺撬开牙齿。为了避免牙槽窝骨折，在切割前少量增加牙齿的移动度是较为安全的做法。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

拔除牙或牙根

当完成所有去骨和牙体切割步骤后，牙或牙根可以利用牙挺通过杠杆作用拔除。当牙根的形态比较复杂，在不同的平面都有弯曲时，在能够使用牙钳的情况下，用牙钳拔出可能会容易些。牙齿的成功拔除是获得满意疗效的一个因素，同时患者也因此而缓解了病痛，但这并不意味着手术已经结束，随后进行的促进伤口顺利愈合的步骤也是计划内的，它们与已经完成的步骤一样重要。

病理标本是大部分口腔医学院的病理教研室乐于接受的。他们会提供合适的容器，也会提供标本的包装和派送的建议以及病理诊断，这些通常是免费的。

清理牙槽窝

应该清理牙槽窝或其他骨创中的碎片——釉质、汞合金、牙垢或散落的骨碎片等，这些可能会延缓创口的愈合。虽然没有证据显示多余的软组织会引起损害，但还是应予刮除。过量的冲洗是没必要的，因为贴附的血凝块是最好的“敷料”。应控制出血点，大出血很少见，出现大出血应给予结扎，但结扎会很困难。创口的持续渗血需用海绵填塞，操作时需要有耐心。当出血控制后，清理并准备关闭创口。

缝合

大部分口腔小手术的创口都需要缝合，目的是将瓣膜在理想的位置上复位以促进创口的愈合。缝合的目的不是为了拉拢边缘形成密封，而是将组织支撑在正确的位置，防止在早期的愈合阶段被其他组织替代。减少缺损部位的大小也能够减少食物碎屑进入创口的机会，轻微牵拉组织就可将其固定在骨面上，并且能够阻止出血。缝线用得越少，愈合结果越好。过多的缝合将导致不必要地撕裂组织，并且缝合的线头堆积会导致菌斑的积聚，引起炎症。缝合后的线头不应剪太短，而应留在合适的位置以便于日后的拆除。许多牙科医生喜欢使用可吸收的缝合材料关闭创口，比如 softgut 和 polyglactin 910 等就是这类合适的材料。

检查

创口缝合后，瓣膜应无张力地关闭，创面不应有开口。短时间轻咬湿海绵所产生的压力能够确保最终的止血。这段时间可以向患者解

释术后的注意事项。由于在那样的情况下患者的记忆不一定可靠，所以慎重起见，应使用印刷好的简短的注意事项文本来指导患者。必须让患者懂得通过盐水漱口来保持创口清洁，以及当出现创口出血、严重疼痛或过度肿胀时如何获得帮助。禁口腔含漱、禁流质饮食、禁适度饮酒或吸烟，这些都是苛刻且没有必要的，因为没有任何证据显示这样做对创口的早期愈合有一丁点好处。然而，虽然没必要禁止，但也不能过分。对于创口的疼痛应当给予镇痛药缓解，同时应建议患者限制活动并在家中休息一夜。

复诊

在患者离开医院前应与其约定下次复诊日期。间隔 7 天通常是最佳的，但若推迟几天也没有什么大问题。除非出现异常，否则应该避免过早地复诊，因为伤口愈合恢复到感觉舒适通常需要 7 天。每个病例的术后复诊要求尚存有争议，但有一条普遍适用的标准就是应与患者交流、商讨复诊事宜。可吸收缝合材料的使用虽然可以避免拆线带来的不适，但并没有减轻医生的术后复诊责任。医生所作的决定应是对患者最有利的，而不仅仅为了降低成本。

病历记录

应简洁而准确地记录手术过程，同时也要特别注明与常规操作不同的任何变化。记录的内容还包括累及的重要血管或神经，损伤处的描述及缝线的数量，这些都尤为重要。病历记录没必要用过于生动的描述，而应更关注那些在随后的长期随访中的重要因素。当然，所有的记录必须要注明时间并签名，签名应清晰可辨，因为这些资料构成了法律依据，同时也是手术的临床记录。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

4 术后护理

Postoperative Care

一位睿智的口腔外科医生曾经说过：“当患者停止诉苦的时候，手术才算结束。”对于大多数患者来说，术后随访是短暂而无负担的，但是对于少数患者有些后果则会影响终身。

在拆线时，医生应安慰患者伤口愈合情况是正常的，向患者解释创口的残余不适、肿胀以及牙关紧闭是正常现象，并鼓励患者以期待能够尽快恢复。

创口表面缝合的黑色丝线可作为判断创口护理良好与否的有价值的指标。线头上堆积的菌斑、碎片与炎症之间的关系是不言而喻的。所有口腔小手术创口都不是一期愈合。在大多数的病例中，创口是肉芽形成区域，或有小的组织缺陷，食物残屑可储留在创口。使用湿棉球涂抹创口，用生理盐水或氯己啶溶液冲洗创口，可以使创口清洁，从而让患者感觉口腔更清新。

水肿或牙关紧闭的情况，提前拆除缝线会有困难，虽然拆线可以缓解患者因严重水肿和创口缝合过紧所带来的不适。便捷而舒适的拆线需要同前述手术一样的条件——放置牵拉器、照明、合适的器械及熟练的助手。由于有许多患者害怕拆线，因此只有无痛拆除第 1 针缝线才能让患者消除恐惧。拆线的剪刀必须足够锋利，可以快速剪断缝线，无齿组织镊用来固定和抽出断口线最好用。即使没有缝合，也必须在术后 1 周左右复查创口的愈合情况，冲洗和敷裹创口对组织愈合是有好处的。大面积的创口缺损可以用碘仿纱条填塞，碘仿纱条必须保持清洁且在口腔创口中放置几星期。对于小面积的缺损，使用合适的注射器定期冲洗对愈合较为有益，但患者可能需要医生的指导才会自行操作。

虽然术中和术后的细菌感染是不可避免的，但大多数的术后疼痛和肿胀并非因感染引起，而仅仅是因手术创伤所致。依靠抗生素来弥补手术的粗陋是不合理的，而只有在以下情况下才可使用抗生素：

①术前存在感染。

②愈合能力差。

③防止菌血症。

④手术创伤大。

拔牙术后患者无法避免偶然发生的干槽症，而使用抗生素却并不能缓解、预防或治疗干槽症。其有效的治疗方法包括冲洗，用碘仿纱条轻柔填塞创口，最重要的是使用有效的镇痛药。非类固醇类的消炎药比如布洛芬，对此类疼痛有独特的疗效。如果疼痛仍持续，可填塞氧化锌丁香油酚糊剂来缓解疼痛，不过使用氧化锌丁香油酚糊剂会延缓创口的愈合并引起某些局部组织的坏死。

术后出血并不常见，尤其是患者术后已完全止血的情况下。当偶然发生术后出血时，医生必须给患者提供建议并给予帮助。在大多数情况下，用湿棉球轻压创口 10~15 分钟，将软组织压迫复位回骨组织表面可达到止血效果；静坐或卧床休息对于止血也是有效的。出血不止或出血严重的患者必须返回医院，再次检查创口。同时，让患者及家属消除疑虑是很重要的。应当让他们明白，出血只是麻烦而已，并不会危及生命或健康。

在手术室中我们可按术前计划对患者进行有效的治疗，但在急诊时，尤其是下班后，要达到原计划的治疗要求就有困难了。局麻药含有血管收缩剂，因此在出血处注射可达到止血的显著效果，同时也使得医生可以在无痛的状态下对创口进行适当的检查、缝合、填塞。当局麻药收缩血管的作用逐渐消失后，是否发生再次出血，理论上和局部措施有关。有些局部措施将继续发挥止血作用，例如在组织钳钳夹止血处缝合并紧压组织复位，轻度增加创口缝合时的张力以达到止血的目的。

对于持续的渗血，可用氧化纤维素纱布填塞创口来制止。这种材料能够形成促进血液凝固的基质而且没有机械压迫作用。需要判断出血点并用止血钳钳夹止血的情况很少见。由于很难做到对小血管的直接结扎，所以在包含血管的软组织周围作环形缝合通常更方便，也更有效。

拔除第三磨牙后，张口受限一两周是很常见的，应当告诉患者会出现这种情况。张口受限的持续发展通常与创口愈合缓慢和长期持续的炎症有关，当潜在的炎症刺激物去除后，这种症状也将消退。在某些情况下，牙关紧闭可能会持续数月，但并不会变成永久性的。这种情况偶发于进行下牙槽神经阻滞麻醉后，由于进针路径发生出血或感染所致。对此没有有效的治疗方法，只能要求患者在医生的支持下耐

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

心对待痛苦。症状缓解一旦开始，过程往往较为迅速，这可以进一步表明其发生机制是因疼痛刺激导致的反射性抑制肌肉运动。

颏神经或舌神经支配区域的感觉改变可发生于下颌手术后，尤其是下颌第三磨牙区域的手术。术前对下牙槽神经拍摄 X 线片能预先提示此危险，手术方案可因此而相应地做出更改，甚至如果手术适应证不是很明确，则应避免手术。在靠近颏孔处翻瓣时，应将瓣翻至足以确定神经的位置，绝不能盲目手术，以免损伤神经。如果在采取了上述的预防措施后，仍然发生了神经损伤，则有必要认真评估术后症状。必须仔细记录因损伤而引起的感觉变化的范围和程度，以便精确地监测恢复过程。一般说来，如果损伤在几天之内有明显恢复，那么在未来的几个月内就有可能恢复正常；但是如果恢复缓慢，或在术后 9~12 个月仍未见改善，则未来不会有进一步的好转。因此，拔除下颌第三磨牙前，应告知患者有发生感觉改变的可能性，概率为 5%~10%。不过，其中只有 1/10 的病例会发生永久性的感觉改变。

富有同情心且充满关怀与体贴的术后护理不仅有益于患者，也使医生能批判性地评价自己的工作业绩。这种自我审视是每个有道德的临床医生的责任。

实践篇

Practice

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

在后续各章节中所展示的病例都是经过严格挑选的，虽然不是最佳实例，但涵盖了各种类型的问题，并且将基础篇中所论述的基本理论运用到了实际操作中。

本书所选择的大多是在一般临床口腔科中常见的疾病，它们不需要太多的临床技巧和操作时间。具体各类手术的适应证不作讨论，因为这些手术的适应证已经很明确。更广泛的理论知识可以参阅附录B“推荐书目”中的内容。

以下每个病例的情况通过病史描述与影像学分析来介绍，手术操作过程通过术中照片和简练的文字描述来呈现。必要的也会描述术后结果并附照片。

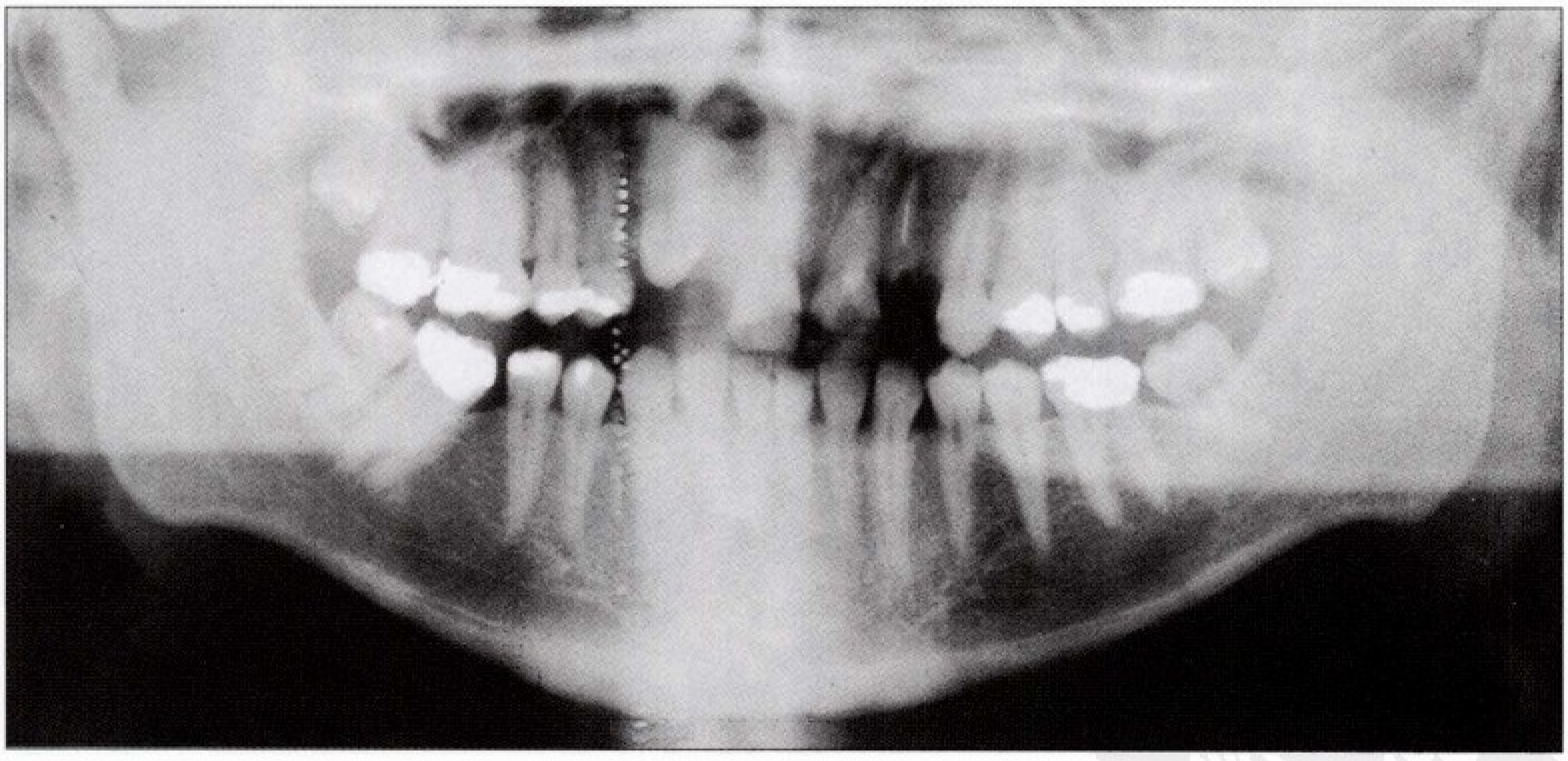
5 残根拔除术

Retained Roots Removal

上颌侧切牙残根拔除术

RW，24 岁，计算机程序员，因考虑上颌前牙的美观而就诊。检查见右上颌尖牙部分萌出和左上颌侧切牙残根。曲面断层片虽然不是十分清晰，但可见有残根存在，不存在急需外科处理的问题。未萌出的右上颌第三磨牙可待以后择期拔除。通过与正畸医师和修复医师会诊，一致认为该患者的治疗方案为拔除侧切牙牙根，通过牵引尖牙至完全萌出，并使用烤瓷桥修复左上颌侧切牙。

影像学分析



左上颌侧切牙牙根较细，呈圆锥形，且伴有根面龋。该牙曾做过根管治疗，可能牙体组织较脆。另有证据显示存在根尖周病变。因为拔除比较简单，故无须再摄其他 X 线片。

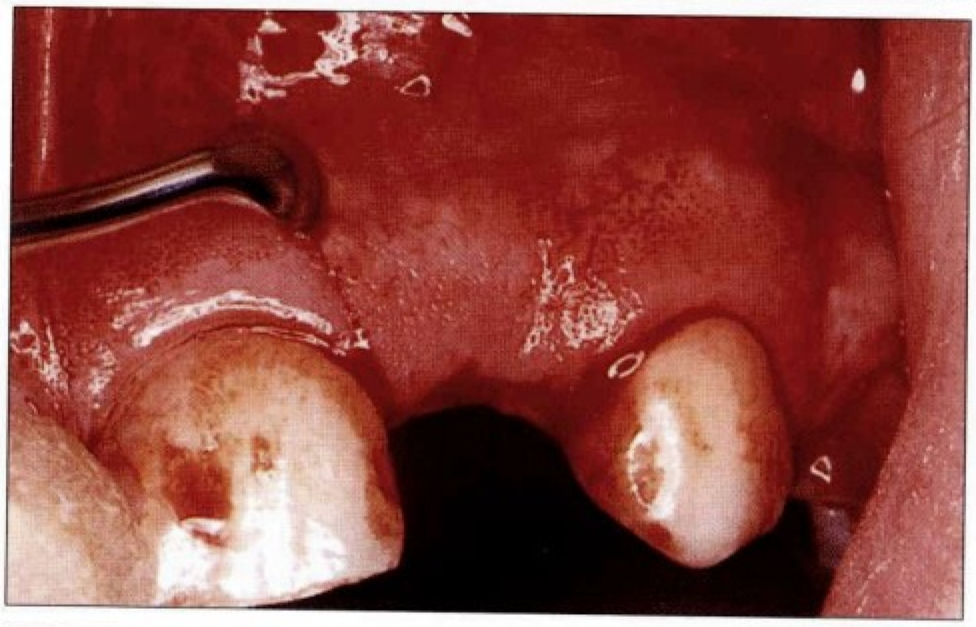
公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

手术操作



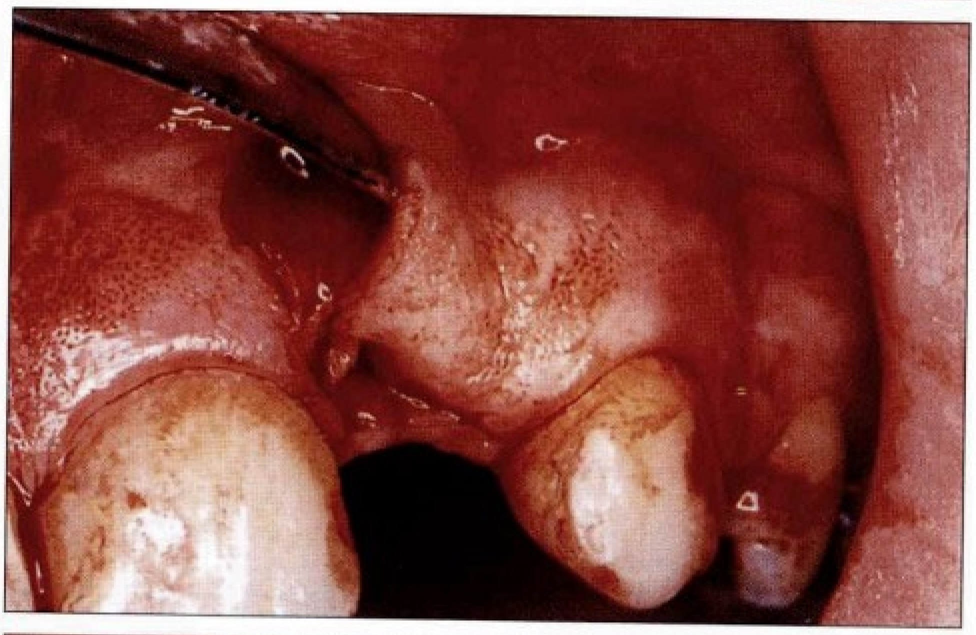
手术部位

■ 附着龈健康、宽大，无缺损。



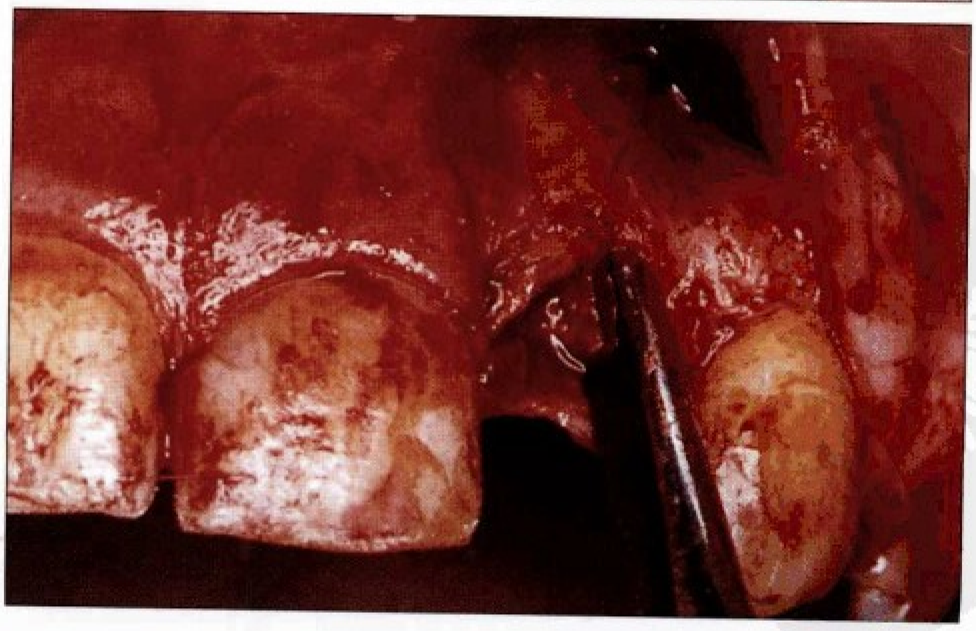
切口

■ 分离尖牙和第一前磨牙之间的龈乳头，沿着尖牙龈缘切开，然后向近中，沿着牙槽嵴顶，到中切牙远中，拐向上前形成一小钝角的松弛切口，止于附着龈稍上方。



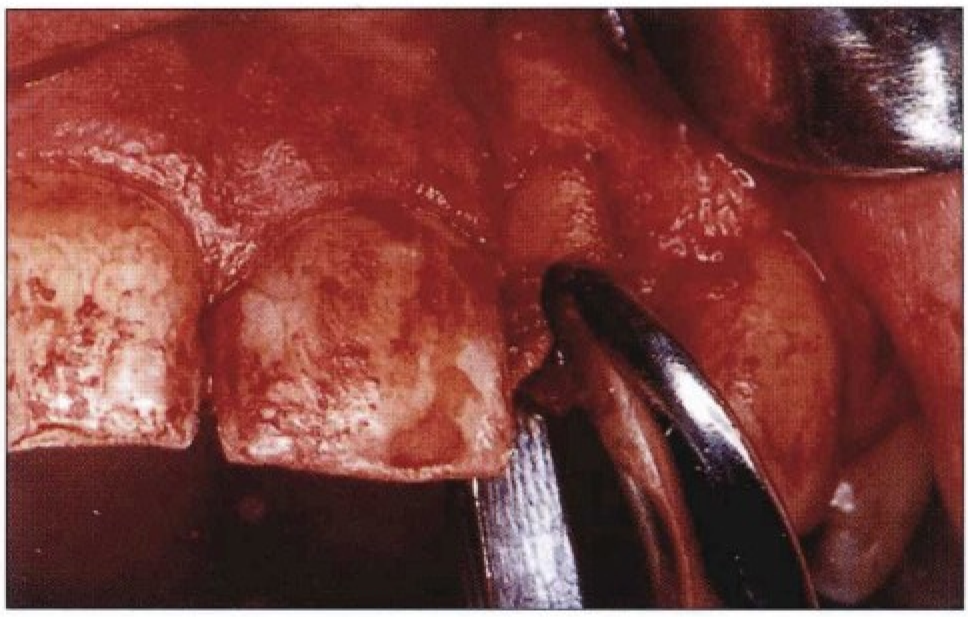
翻瓣

■ 用 Mitchell 修整器的刮匙端从切口处开始翻瓣。使用钝头 Howarth 骨膜剥离器更容易插入，沿着骨面剥离黏骨膜瓣。



挺松牙根并拔除

1 此时可以清楚地看到牙根，不必去除牙根表面覆盖的骨质。用 Coupland 牙挺在牙根的近远中附着处挺松牙根，并且在使用牙钳前用 Coupland 牙挺清理颊舌侧边界。

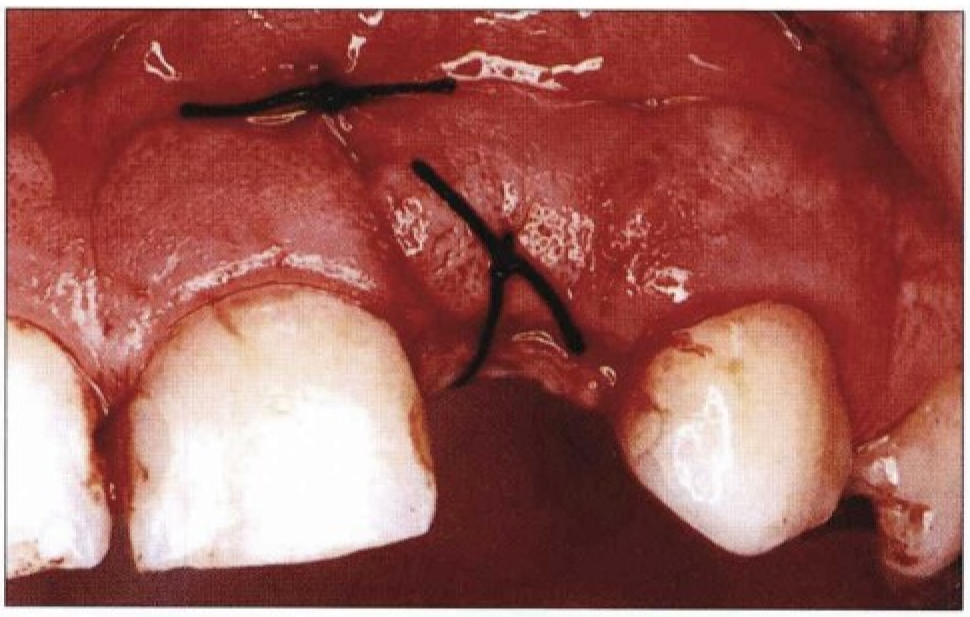


2 牙根很容易拔除，应该注意的是不能夹碎钳喙之间牙齿中空的龋坏部分。



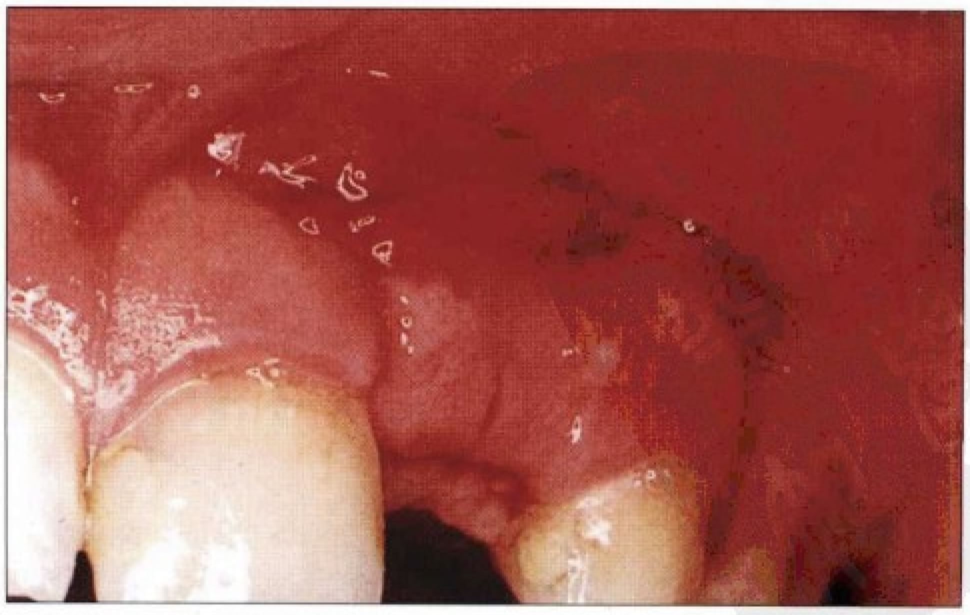
清理牙槽窝

■ 牙槽窝很干净，边缘也很光滑。



关创

■ 先将瓣与缺牙区的近中部分缝合，再缝合前方的松弛切口。



复诊

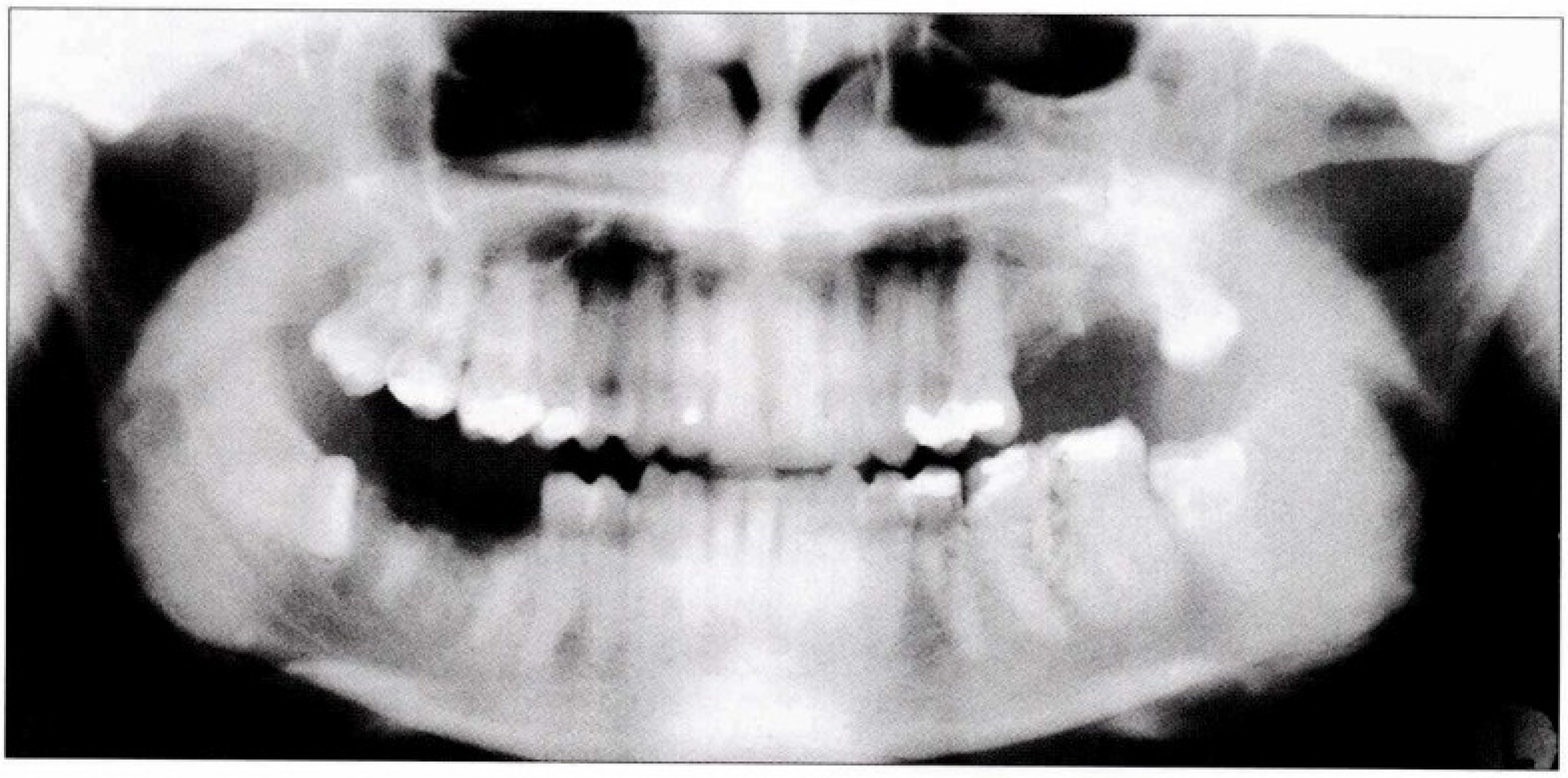
■ 1 周后拆线，拔牙创愈合良好。局部有一定的菌斑堆积，应鼓励患者拔牙区域可以刷牙，不能因为害怕损伤伤口而不敢刷洗。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

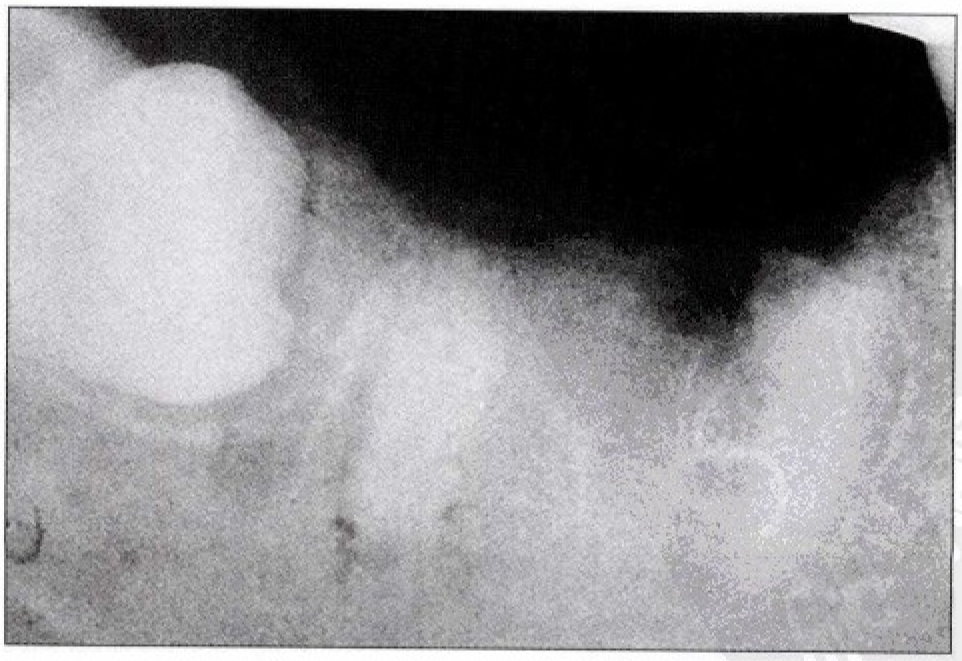
下颌残根和阻生第三磨牙拔除术

YI，26 岁，女出租车司机，主诉右下颌磨牙区牙槽窝感染，曾于几天前拔除右下颌磨牙。检查发现该区域有明显炎症，并有严重的菌斑及碎屑聚集。先用洗必泰液冲洗牙槽窝，建议患者用热盐水漱口，并口服青霉素 V。1 周后，患者感觉明显缓解，但是仍有炎症。3 个月后拔除残根和阻生第三磨牙。

影像学分析



右下颌第一、第二磨牙近中折断的残根清晰可见。两个根都很粗大，很容易发现，并且形状规则，因此很容易拔除。第三磨牙水平阻生，其牙根逐渐变细，根尖离下颌管很近。一旦牙冠部阻力去除后，牙体即可顺利地向远离下颌管方向移动，并且进入第二磨牙牙根拔除后余留的空间，该部位的去骨也有利于第一磨牙的拔除。

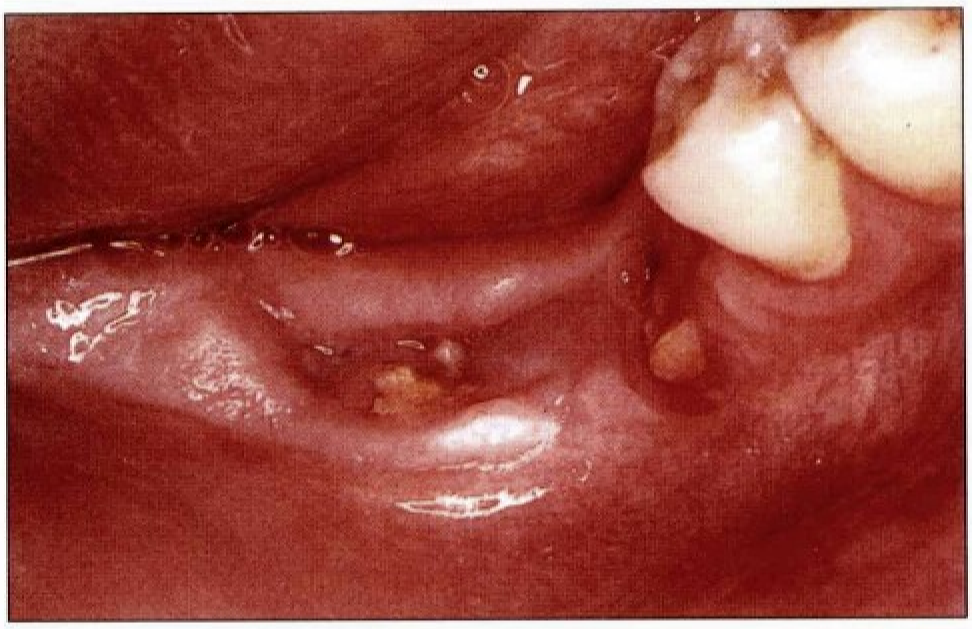


曲面断层片显示其他磨牙有继发龋损，以及左下颌第三磨牙低位远中阻生。考虑到患者的配合程度不是很好，建议她择期治疗龋坏牙和左下颌第三磨牙。

手术操作

手术部位

■ 右下颌第一、第二磨牙断根的不规则断面有轻微炎症，第三磨牙完全埋伏。第一磨牙牙根颊侧缺乏角化龈，因此该区域的黏骨膜瓣易撕裂。



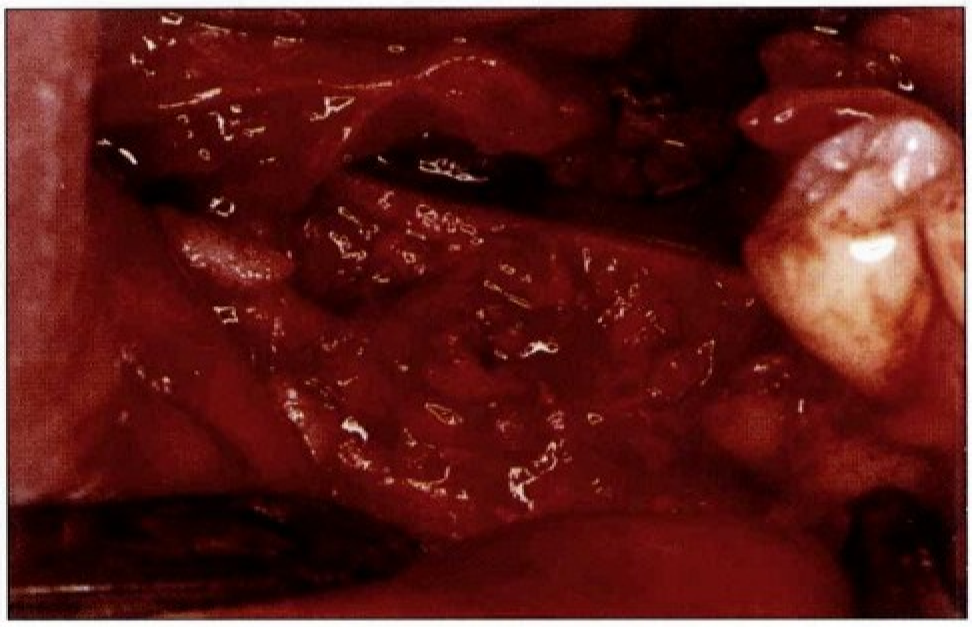
切口

■ 沿着覆盖于右下颌第三磨牙的厚纤维组织切开，向前经过牙根表面的黏膜缺损区，到第二前磨牙远中龈缘，然后向下前沿前庭沟方向作短切开，形成角形切口。



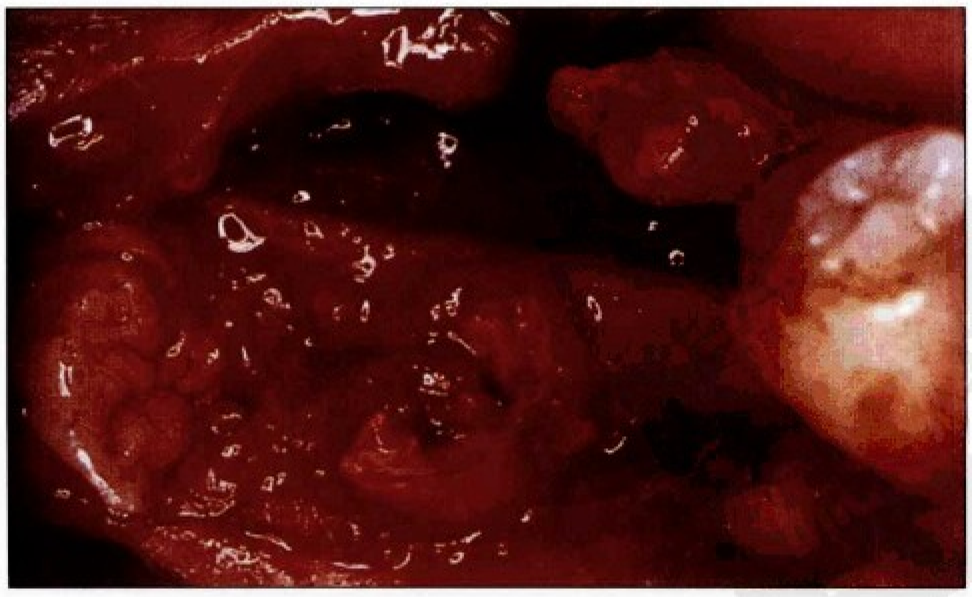
翻瓣

■ 翻起颊侧和舌侧黏骨膜瓣， 暴露术野，将第 2 个 Howarth 骨膜剥离器插入舌侧瓣，推开舌体。包绕牙根的肉芽组织易出血，用刮匙清除。



挺松牙根并拔除

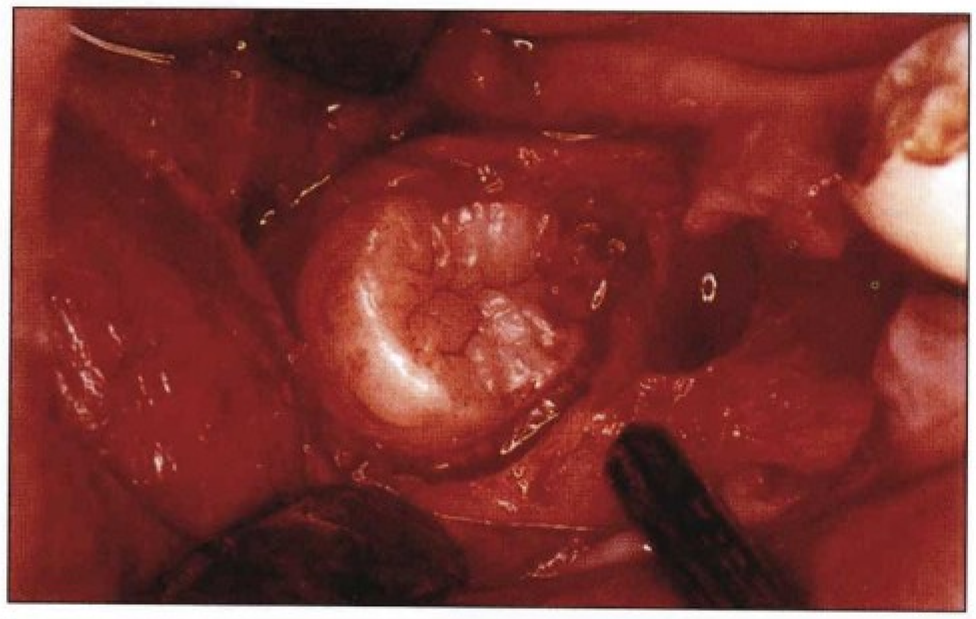
■ 现在第二磨牙的牙根清晰可见， 将 Cryer 牙挺置于牙根的近中就很容易将牙根挺松。将 Coupland 牙挺插入近中向远中挺，可以挺松第一磨牙牙根。



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

去骨

■ 牙根和肉芽去除后，即可清楚地看到第三磨牙牙冠和骨的关系。用小球钻钻一系列的深坑来去除围绕着牙冠的部分骨组织。



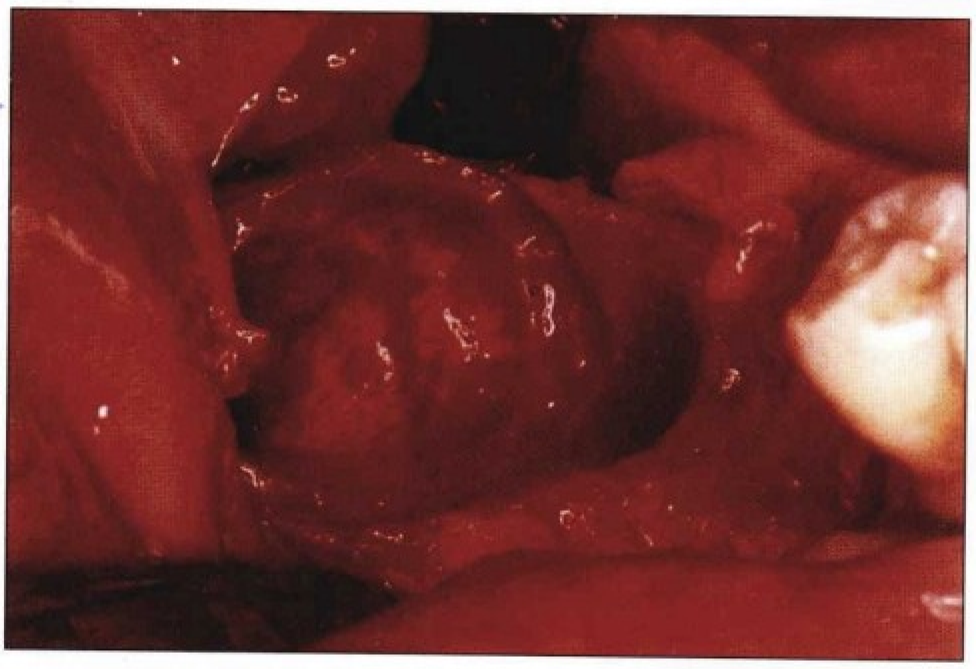
挺松第三磨牙并拔除

■ 用 Coupland 牙挺挺松第三磨牙并拔除。



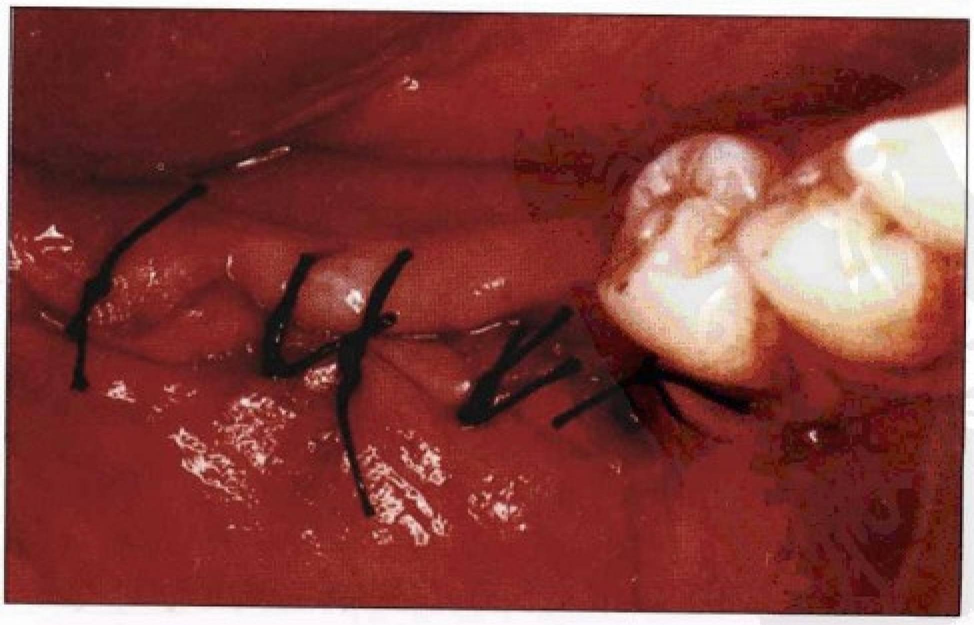
清理牙槽窝

■ 牙槽窝干净。



关创

■ 瓣复位，缝合 5 针。第 1 针将瓣的近中部分复位，第 2 针缝合切开的正中部分。其他几针就缝合在切开区域。正如先前所预料的，该组织瓣不能完全覆盖第一磨牙的牙根区域，而且在该区域增加缝合会撕裂颊侧无角化的黏膜组织。



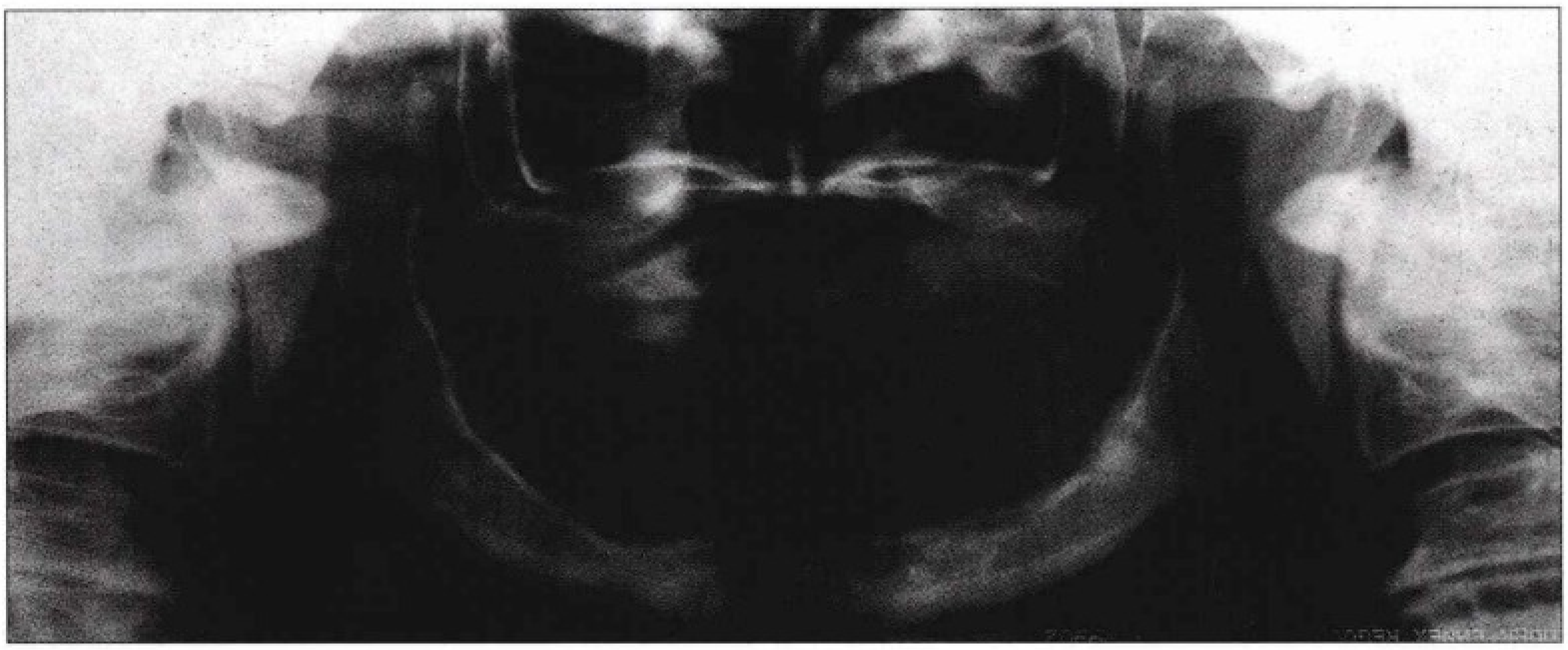
复诊

■ 切口愈合良好，1 周后拆除缝线。

残留的下颌磨牙牙根拔除术

JJ,54 岁,家庭主妇,全口无牙 30 多年,前来咨询残根的拔除以及左下颌磨牙区可疑囊肿的治疗。5 年多来该区域经常出现钝痛,她认为是下颌义齿的固位不良所致。曾在家庭医生的指导下不定期地服用硝酸甘油治疗心绞痛。建议局麻下拔除残留牙根及其囊肿,然后请医生重新为其制作一副义齿。

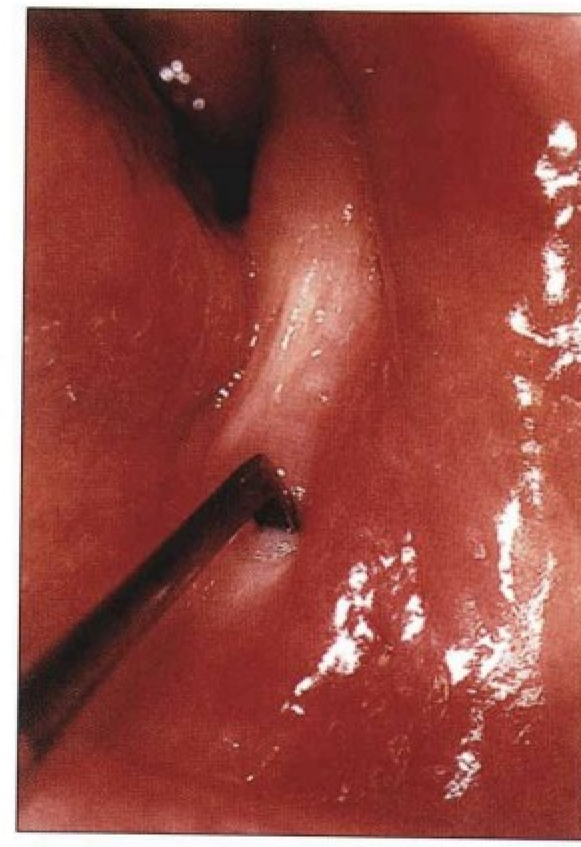
影像学分析



曲面断层片显示全口无牙颌,除了左下颌磨牙区有一牙根残留。X 线片清晰显示近中牙根远中上部连续性破坏。阴影表明囊肿形成伴慢性感染。曲面断层片已经很清楚地显示手术范围,不需要再拍其他 X 线片。

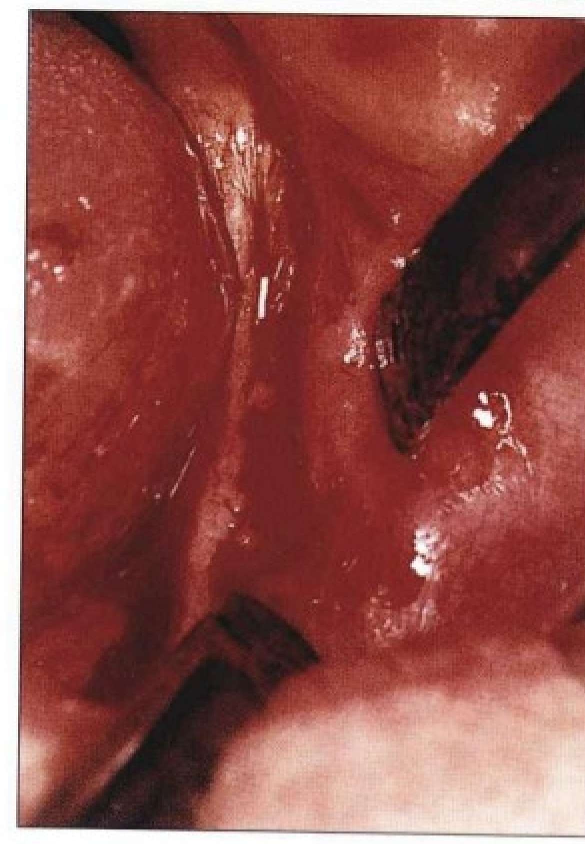
公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

手术操作



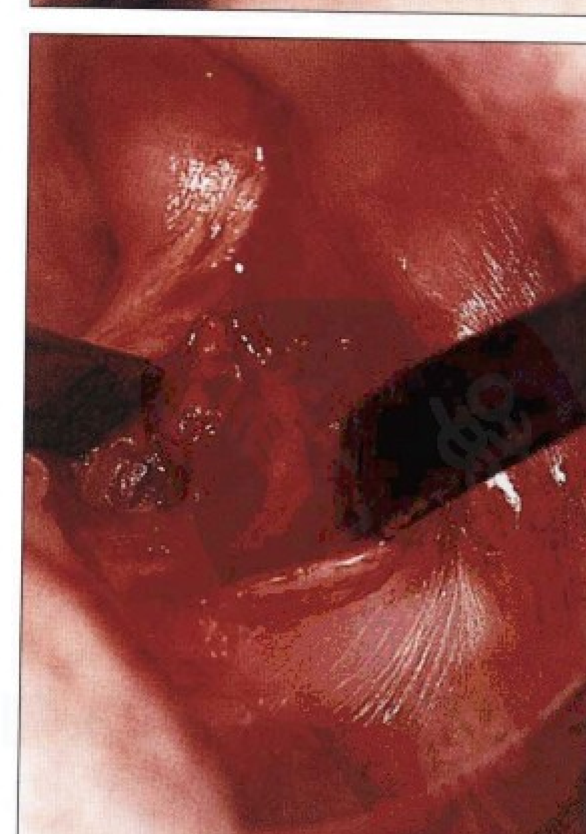
手术部位

■ 手术时黏膜炎症已消退，通过黏膜的缺损处可以看到牙根的前部。用 Mitchell 修整器在牙根周围探诊。



切口

■ 从磨牙后垫开始切开，偏颊侧沿着牙槽嵴顶，穿过黏膜缺损区向前，拐向下前形成短的角形松弛切口。



翻瓣

■ 从切口的前端将牙槽窝周围的软组织从骨面上剥离，用 Howarth 双头剥离器剥离黏骨膜瓣。

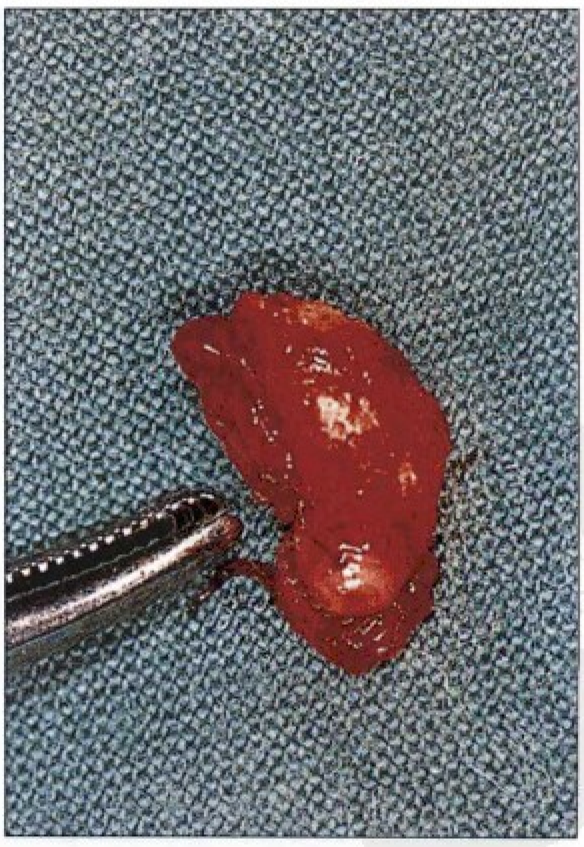


挺松牙根

1 先用 Coupland 牙挺在牙根近中挺松牙根。



2 然后，用弯曲的蚊式血管钳夹住附着在牙根上的软组织，即可拔出牙根。



3 分离牙根和黏附在牙根表面的软组织以便做组织病理学检查。

PDG

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

4 检查牙槽窝，但不必搔刮。



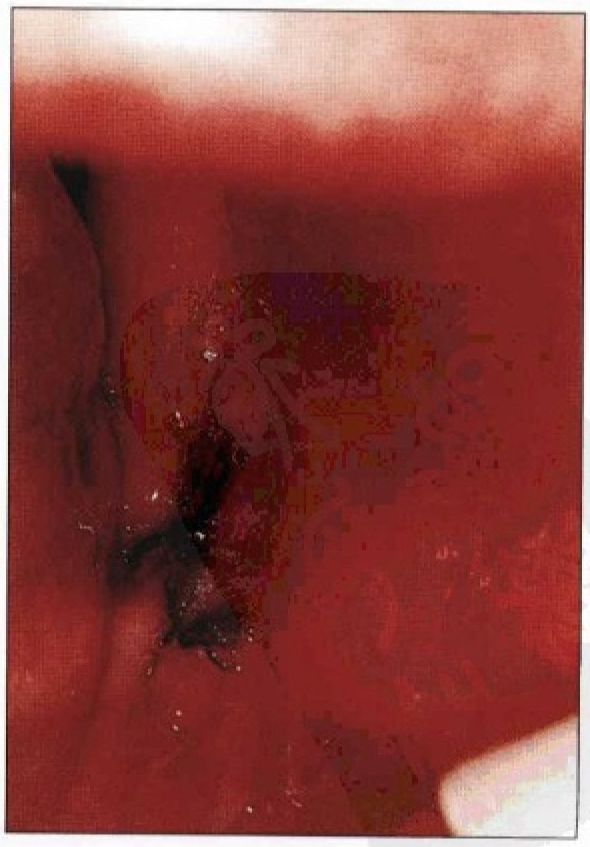
关创

第 1 针先缝合瓣的前端角形切口，接着缝合两针关闭远中切口。



复诊

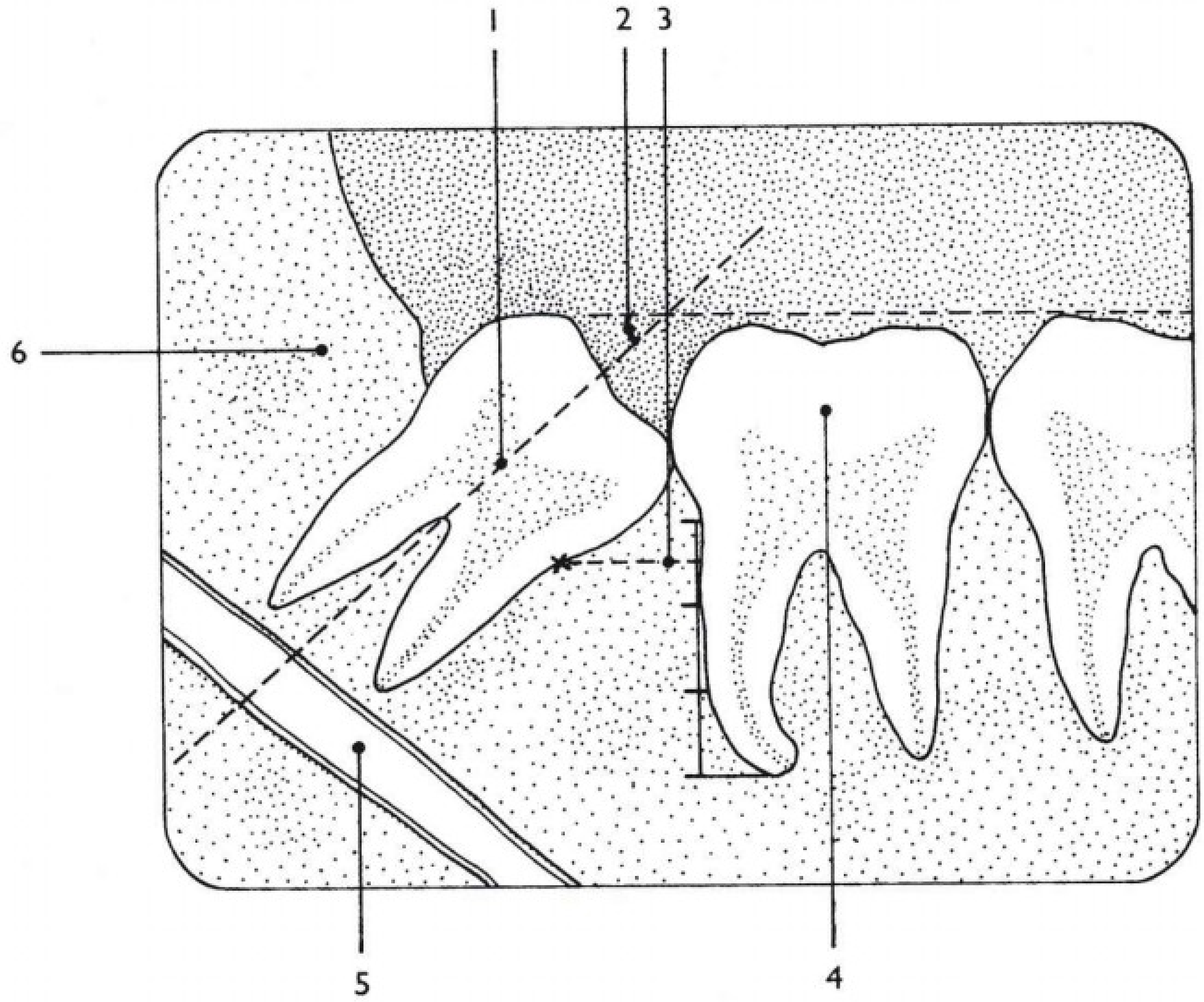
7 天后伤口愈合尚可，予拆除缝线。缝线周围聚集少许碎屑，有轻微炎症。切口周围卫生不良，与患者在伤口愈合期持续佩戴下颌义齿有关。病理学报告显示黏附在牙根表面的软组织为慢性根尖周肉芽肿。两周后，伤口完全愈合。



6 第三磨牙拔除术

Third Molar Removal

第三磨牙的影像学检查



注：图中的数字序号与下文要探讨的内容相对应，分别代表：
1. 第三磨牙； 2. 角度； 3. 深度； 4. 第二磨牙； 5. 下颌管；
6. 远中骨组织。

术前清晰的影像学检查对于第三磨牙的拔除至关重要，然而这点经常被忽略。本文从以下几点进行论述：

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

第三磨牙

牙冠

①大小。
②形状。
③龋坏情况。

牙根

①大小。
②形态：a. 圆球状或圆锥状；
b. 弯曲度；
c. 根分叉大小；
d. 根尖形态。
③数量。
④根尖周骨质吸收情况。

根据影像学检查所示牙根的形态、数量和牙根的弯曲度，可以提示如何用最好的方法分根并拔除。如果根尖周骨质有吸收，提示需要尽快拔除第三磨牙以避免发生急性根尖周脓肿，出现这种情况需要进行急诊手术。

角度

第三磨牙牙体长轴与殆平面所形成的交角，只能大致估计，因为精确测量不仅很复杂而且也没有必要，并且殆平面也并不是呈一条直线。

根据该角度可以将第三磨牙阻生的类型分为：近中阻生（锐角），垂直阻生（直角），远中阻生（钝角），水平阻生（平行）。

深度

比较简单的方法是根据第三磨牙近中点与第二磨牙牙根的位置来确定其深度。在 X 线片上，近中最低点即为第三磨牙近中面釉牙骨质界这一点，根据其与第二磨牙远中根的相对位置将其分为高位阻生、中位阻生、低位阻生 3 种。

第二磨牙

牙冠

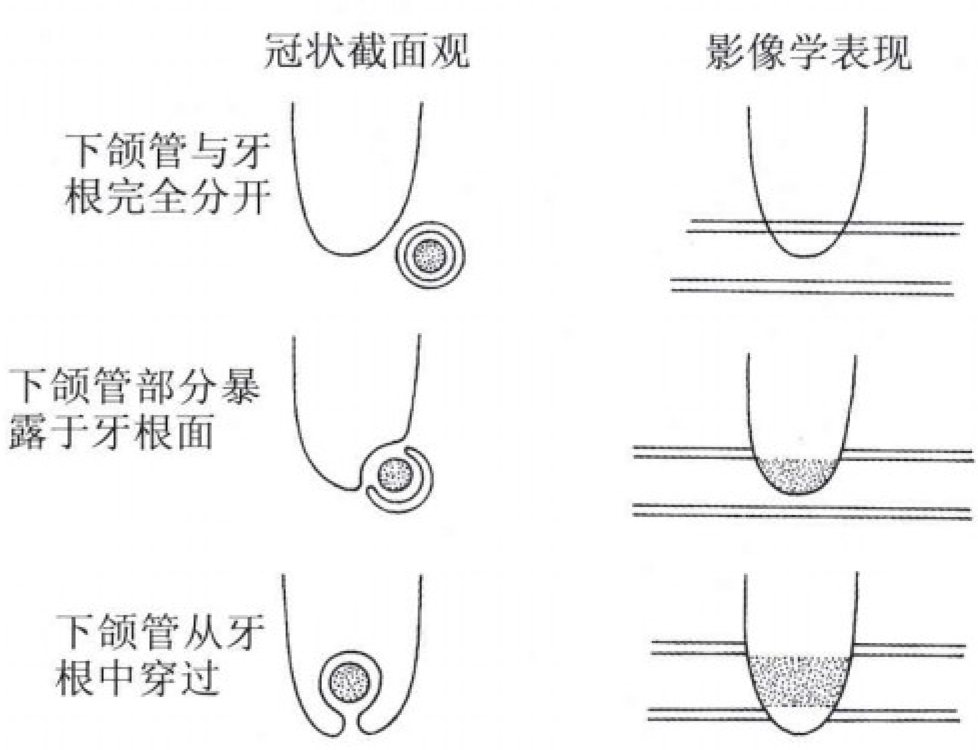
①大小。
②形状。
③龋坏和充填情况。

牙根

①大小。
②形状。
③数目。

下颌管

必须通过清晰的影像学检查确定第三磨牙牙根与下颌管的关系，充分预测神经血管束损伤的可能性，并与患者充分交流手术风险。下颌管的X线影像表现为包含软组织的管状骨皮质线。如果神经管的任何一边影像缺失，则连续性中断，看起来像是横跨牙根。在少数神经管真正穿过牙根的病例中，两条皮质线都中断，横跨牙根有一个低密度黑色透射带，这是因为该处牙本质缺失。当神经管部分或全部穿过牙根时，骨皮质白线出现明显狭窄或受限。当下颌管与牙根的关系正常时，也常见下颌管正常光滑的曲线外形出现偏斜。



下颌管的影像学特点分析

远中骨组织

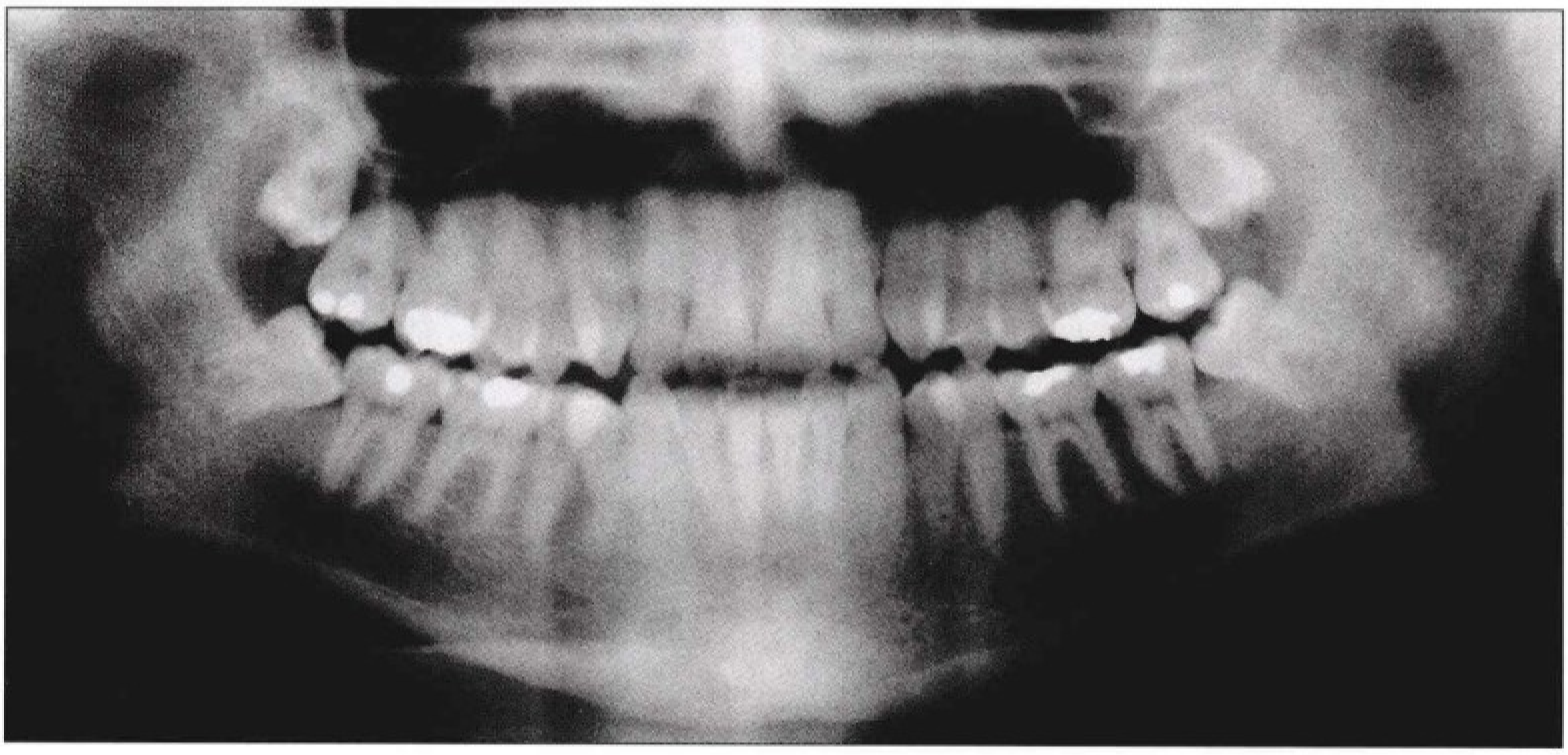
了解远中骨板与埋伏牙牙冠之间的精确关系很重要，因为向上挺出或拔除牙齿需要去除该处的骨组织。由于内侧和外侧皮质骨X线影像的重叠，尤其当冠周炎破坏了表面骨皮质时，很难发现范围较大的远中骨缺损。而当存在健康的牙囊时，则X线影像很清晰。应通过探诊来确定部分埋伏牙与远中骨组织的关系。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

部分埋伏的近中阻生下颌第三磨牙拔除术

PMcD，17 岁，学生，左下颌第三磨牙冠周炎病史，服用青霉素并用温盐水漱口后炎症消除。治疗方案包括拔除该患牙，同时建议拔除其他第三磨牙。患者表示同意，在局麻下拔除这些牙齿，一次一侧。先拔除有症状的左侧第三磨牙。以下图解详述的是右侧的手术。

影像学分析

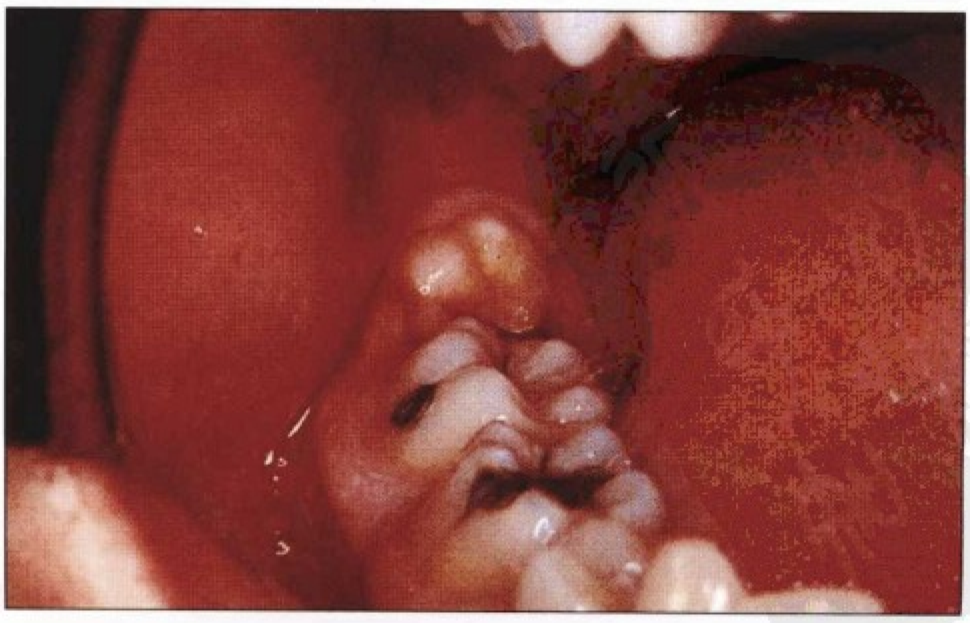


右下颌第三磨牙牙冠中等大小且完整，牙根直且根分叉很大。显然，该牙近中阻生，牙冠近中点达第二磨牙牙根的上 1/3 水平。第二磨牙牙根逐渐变细，牙冠除了其颊侧一小团银汞充填物，其余部分完整。下颌管与第三磨牙近中根的根尖距离很近，远中骨组织与第三磨牙的颈部平齐。因为该牙齿将向上向后拔除，因而不会对下牙槽神经造成压力。

手术操作

手术部位

■ 部分埋伏的第三磨牙被不同厚度的牙龈组织包绕，牙龈无炎症。牙冠的近中部分与第二磨牙牙冠的远中面直接接触。



切口

■ 第1切口，沿远中龈缘正中切开；第2切口，从第二磨牙远中面切开，穿过附着龈向下前切开一小段距离，达第二磨牙近中面位置。不需要沿第三磨牙牙冠切开牙龈，因为这些组织很容易剥离。



翻瓣

■ 使用Howarth骨膜剥离器从近中切口开始翻瓣。当远中组织从骨组织上剥离后，用另一个Howarth骨膜剥离器将瓣翻起。骨膜下的组织要暴露清楚，尤其是第三磨牙远中内斜线上方的区域。在去除远中骨组织时应插入器械保护舌侧组织，舌侧组织须轻柔地拨开，不能作广泛剥离，也可完全不剥离。避免损伤舌神经。



去骨

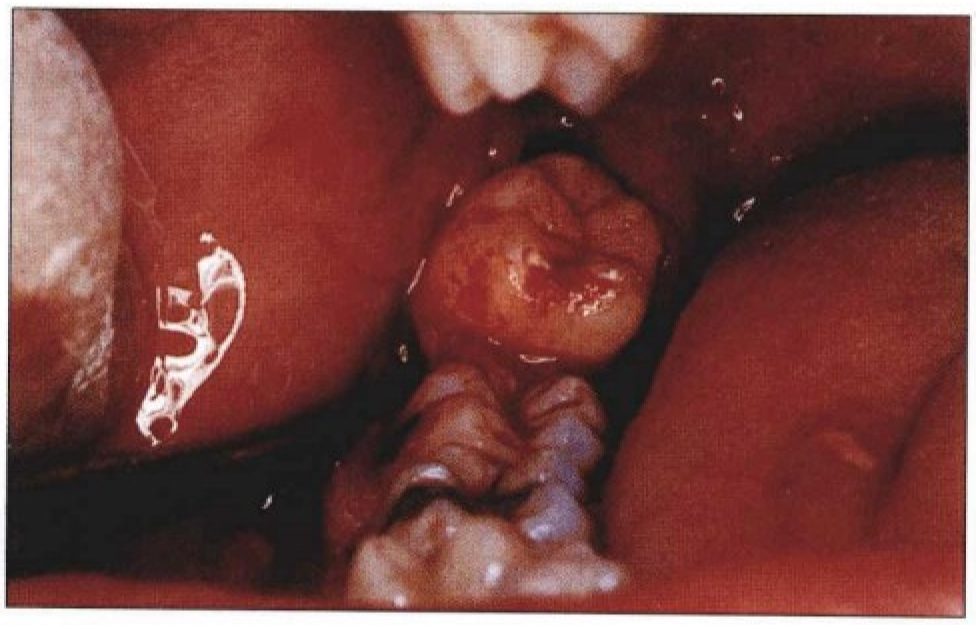
■ 牙齿清楚暴露，近中牙挺支点已存在。因而只有去除部分远中骨组织，解除远中阻力后，牙齿方可直立。



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

挺松牙齿并拔除

■ 从近中插入 Warwick-James 牙挺并转动，挺松牙齿使其直立，然后拔出牙齿。如果有必要的话，可以从颊侧根分叉处挺松牙齿，力度适中。如果仍有阻力，远中再去除掉少量骨组织可解除阻力。



清理牙槽窝

■ 牙槽窝无碎屑，瓣复位。



关创

■ 缝合两针。第 1 针跨过牙槽窝缝合近中部分，第 2 针关闭远中切口。



复诊

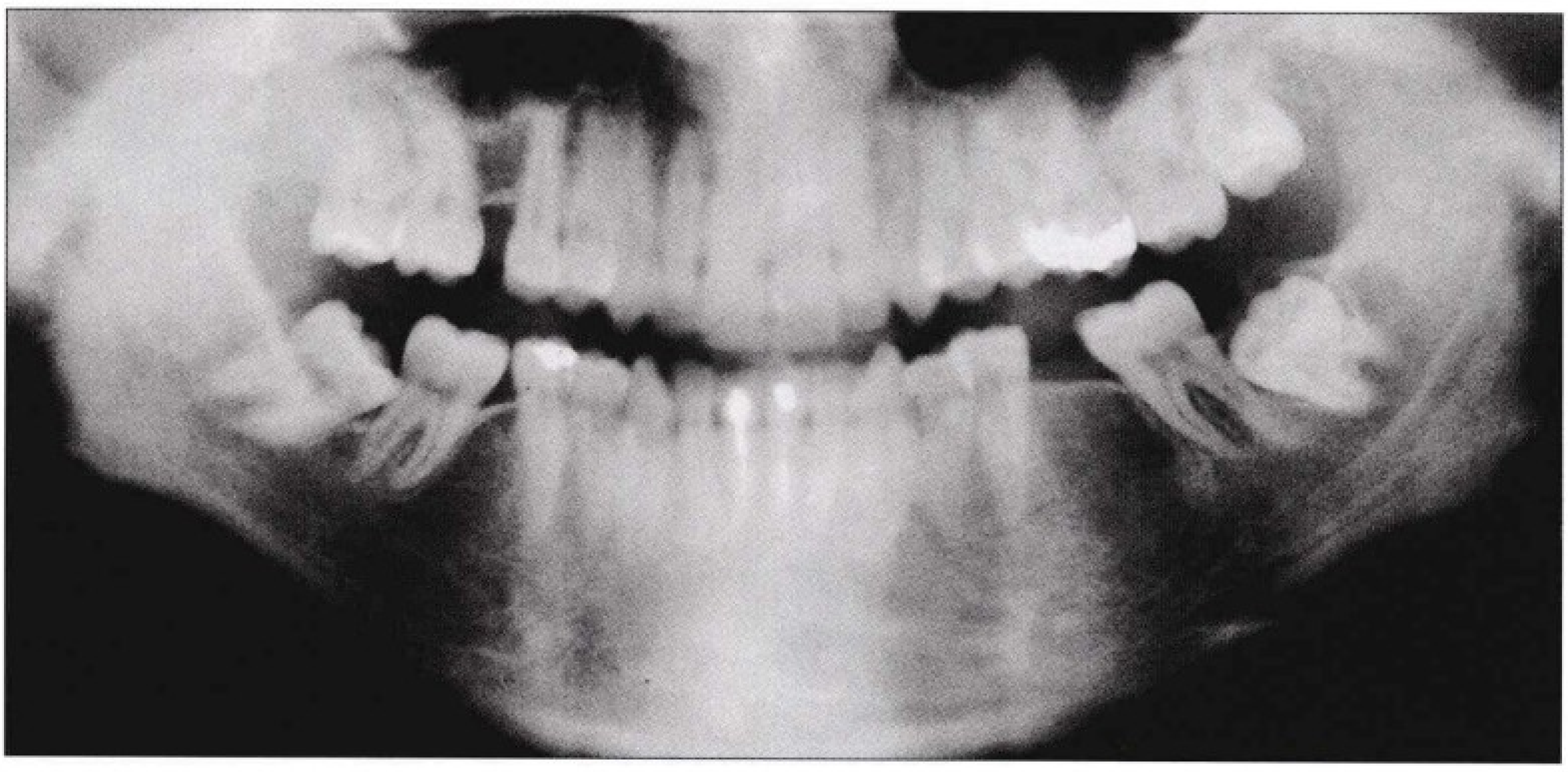
■ 1 周后伤口愈合，周围组织仍有些红肿。建议患者多用温盐水漱口，如果需要，还可以用一次性注射器进行冲洗。



完全埋伏的近中阻生下颌第三磨牙拔除术

DK,21 岁,木匠学徒,主诉右下颌麻木。检查后没有发现其他可解释这一主诉症状的病灶,于是建议他拔除阻生的右下颌第三磨牙,因为埋伏的牙齿在萌出过程有可能对下颌神经管施加压力而造成下颌麻木。4 年前,该患者双侧下颌第一磨牙均因严重龋坏而被拔除,但第三磨牙仍然埋伏阻生。

影像学分析



右下颌第三磨牙牙体较大,牙根呈圆锥形,且牙根向远中弯曲,近中根表现更为明显。该牙明显近中阻生,牙冠近中最低点位于第二磨牙远中牙根的中 1/3 水平。在该区域中,第二磨牙是唯一萌出的磨牙,它的牙根大小适中,形状规则。下颌管的界限并不清晰,但是与根尖有一定的距离。远中骨组织位于牙齿颈部,但是牙冠周围模糊的阻射影提示有大面积的骨质增生,当检查另一侧时,发现相同的特征表现更加明显,进一步证实了骨质增生的存在。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

手术操作

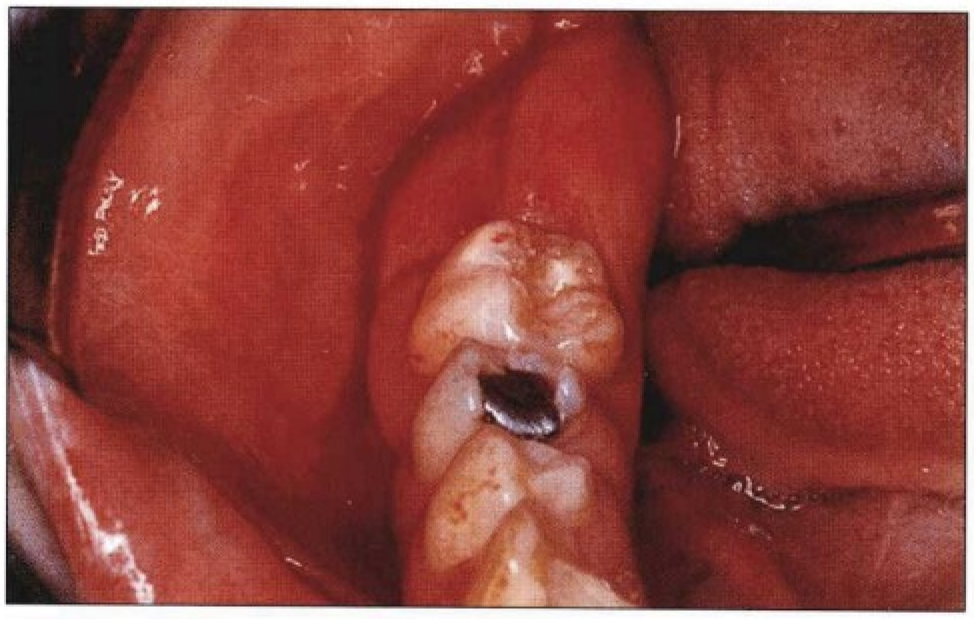
手术部位

■ 埋伏的牙齿表面覆盖有大量的纤维组织，可以很容易地切开并形成厚的组织瓣。在远中可以看到有一条不明显的沟。



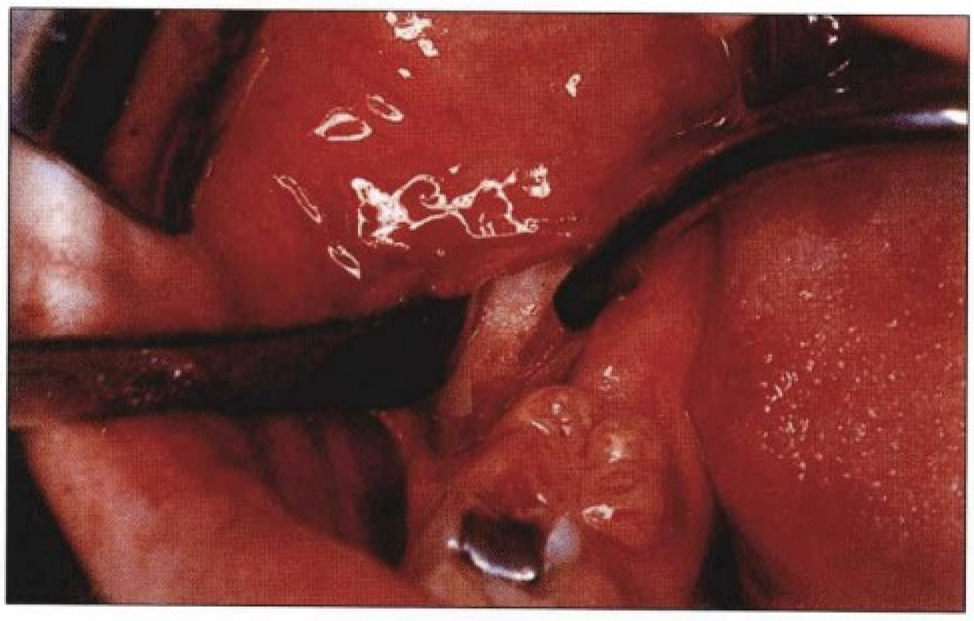
切口

■ 从远中沟开始切开，横跨磨牙后垫，抵达第二磨牙远中颊侧角。接着，与第 1 切口成直角做第 2 切口，穿过附着龈，向前下形成一个短曲线。

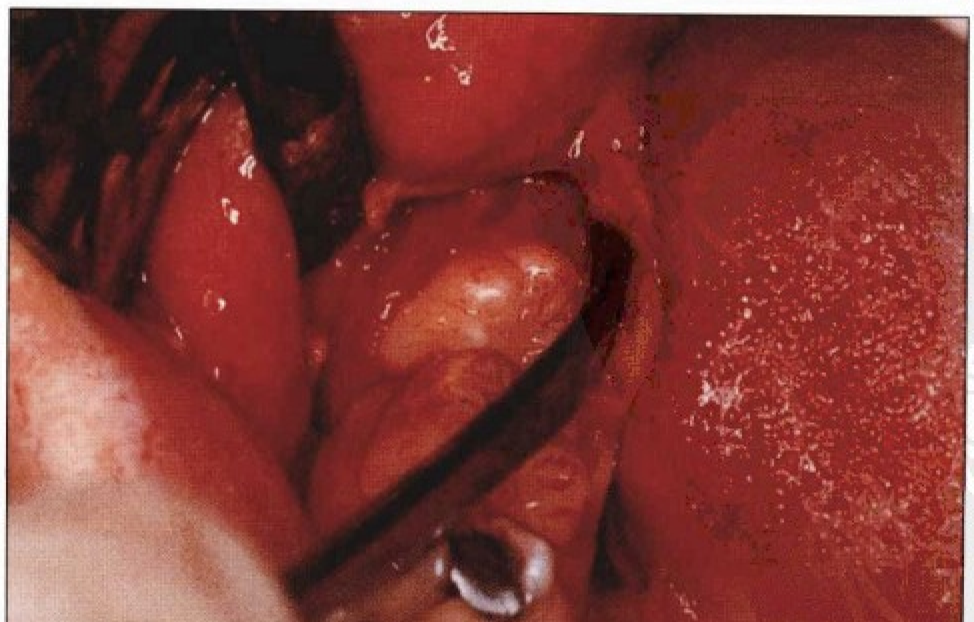


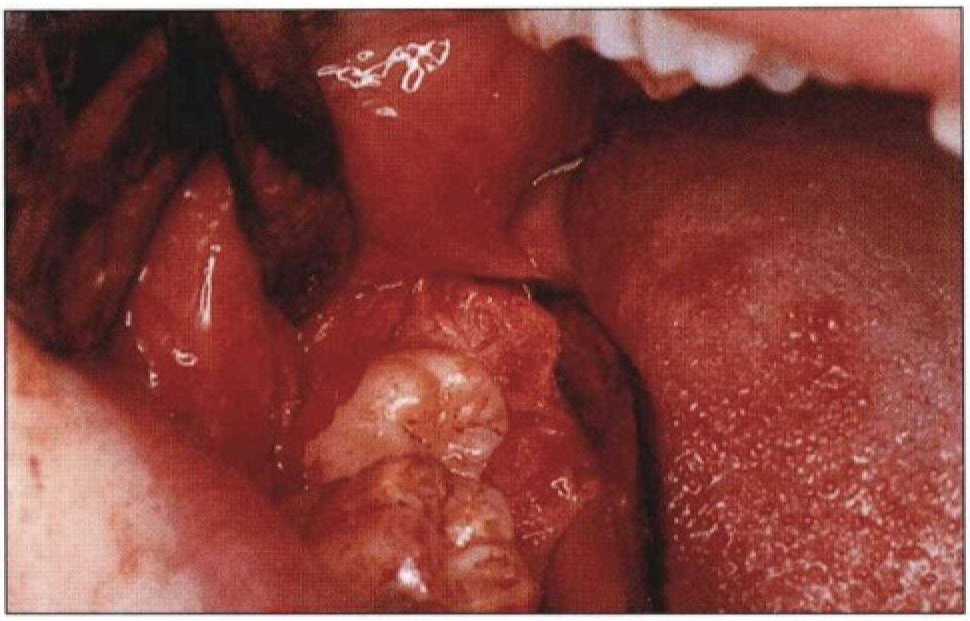
翻瓣

1 用 Howarth 骨膜剥离器从颊侧翻瓣。用吸引器将软组织瓣上的血吸净后可以清楚地看到白色骨面。

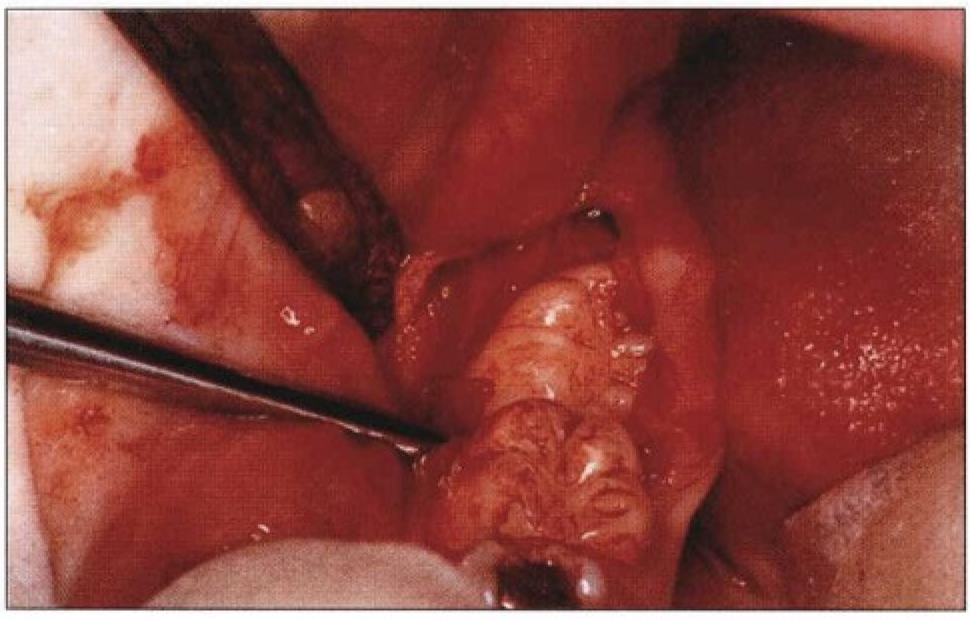


2 向远中和舌侧进一步翻瓣，可以看到牙冠被大片的软组织囊壁所包绕。



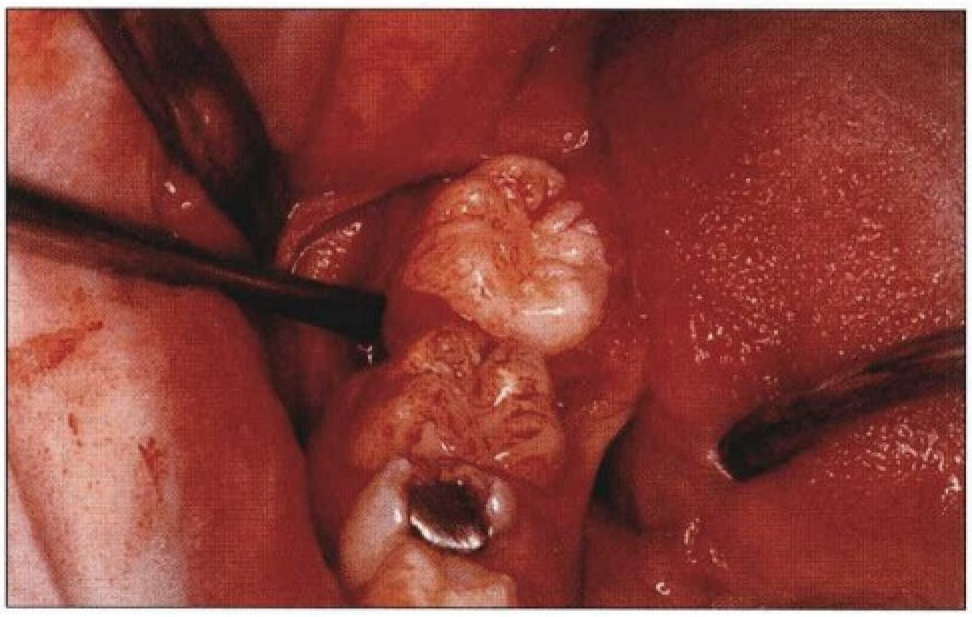


3 去除周围包绕的囊壁组织，看到骨隐窝。这种情况出现大片的舌侧骨隆突很少见。

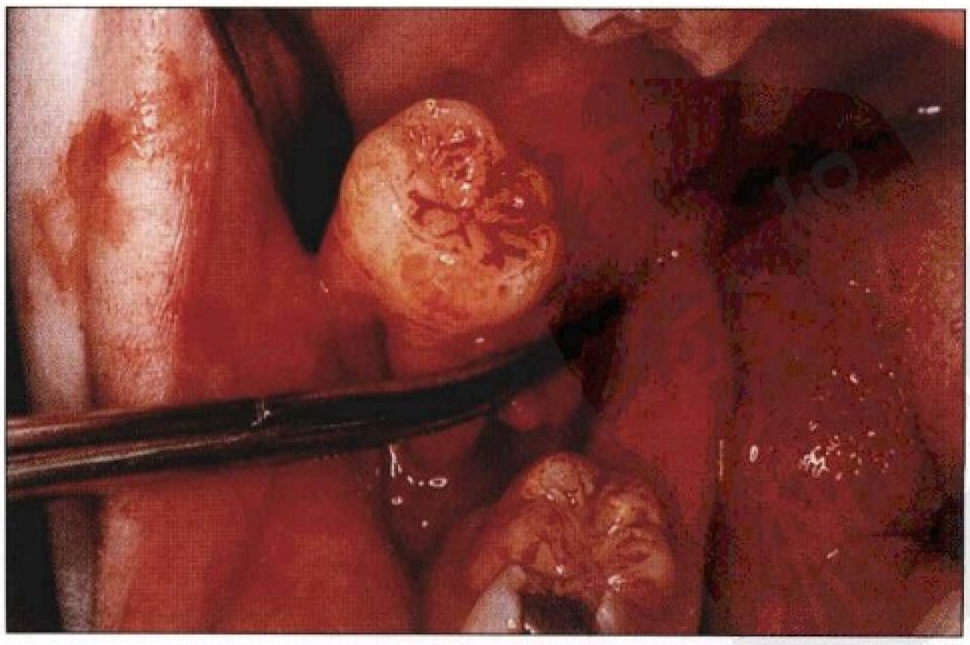


挺松牙齿并拔除

1 近中插入 Warwick-James 直挺，向上轻松地挺松牙齿。

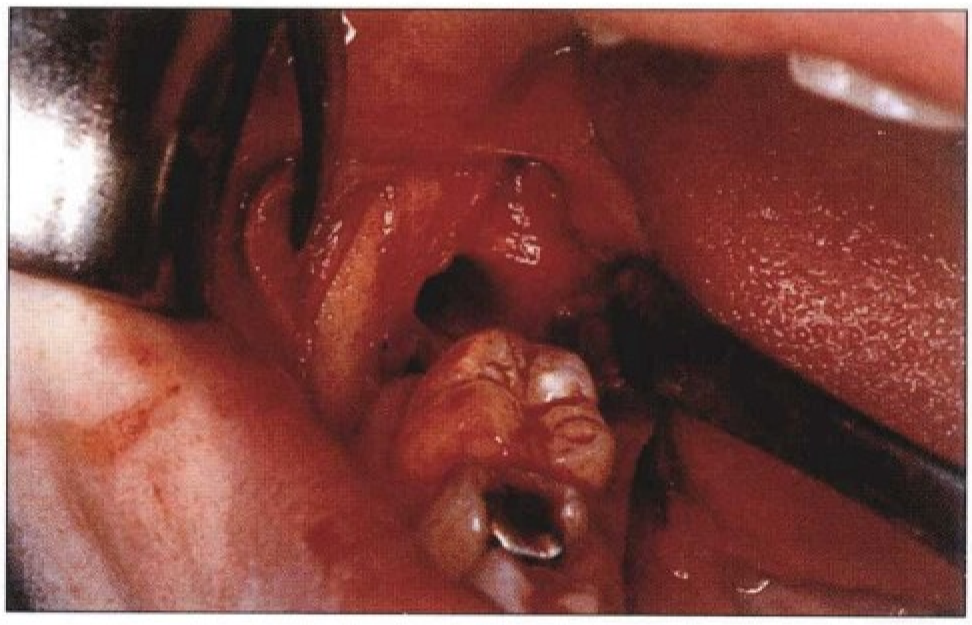


2 接着将 Warwick-James 直挺插入根分叉处，并以颊侧骨板作为支点，进一步将牙齿往上挺。



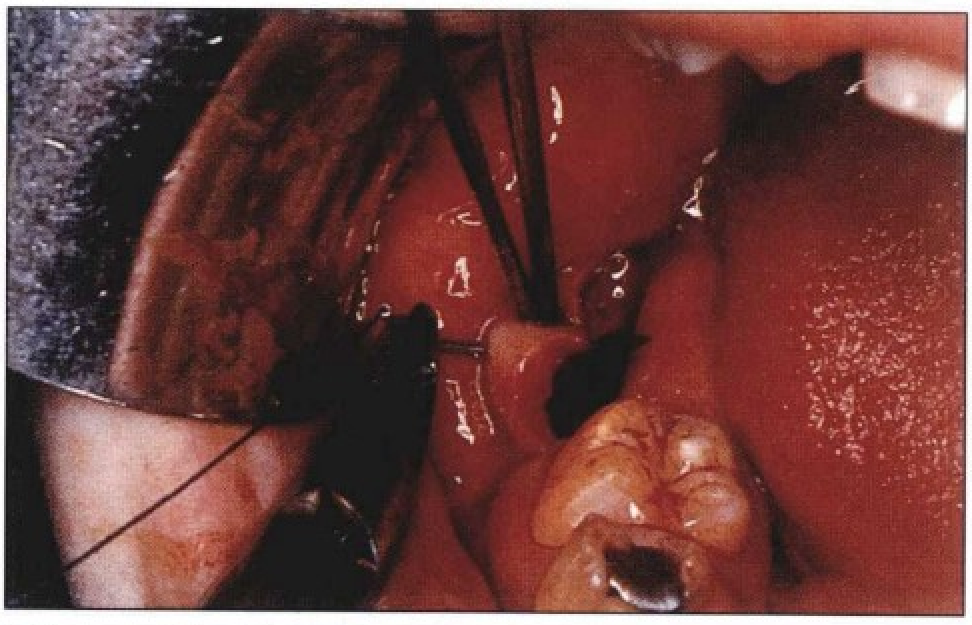
3 用血管钳夹住牙齿上附着的软组织并拔除牙齿——这是快速拔除牙齿和去除多余软组织的便捷方法。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注



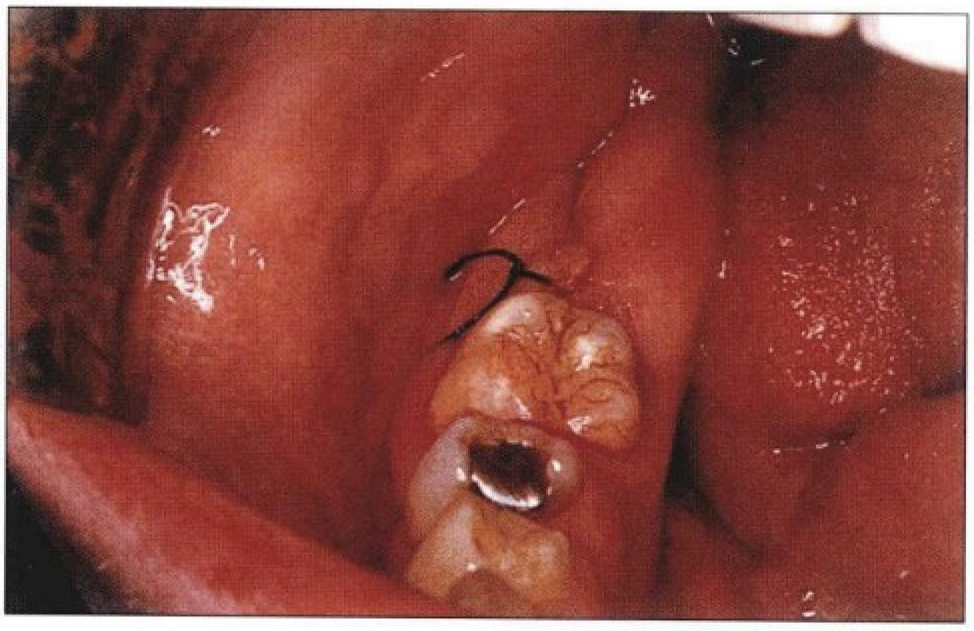
清理牙槽窝

■ 用咬骨钳将舌侧骨隆突修整光滑，并将牙槽窝碎屑处理干净。



关创

1 将瓣尖与舌侧牙龈缝合。



2 仅需缝合1针就可以将龈瓣固定在正确的位置。

复诊

■ 创口愈合良好。患者复诊时告知，先前的麻木不适感已消失。

水平阻生下颌第三磨牙拔除术

AD，29 岁，电工，主诉右下颌埋伏第三磨牙的龈瓣炎症伴疼痛。右上颌第三磨牙由于咬在肿胀的龈瓣上已经被拔除。用洗必泰液（0.2%）冲洗龈瓣下方的龈袋，并置入碘剂，服用甲硝唑 5 天（200mg，3 次 / 天）。7 天后复诊，急性炎症消除，预约进行右下颌第三磨牙拔除术。告知患者有可能损伤神经，并记录在病历中。

影像学分析



右下颌第三磨牙，中等大小，形状规则，水平阻生，近中牙尖几乎碰到前牙牙根。牙冠近中最低点与第二磨牙远中根的中点平齐。下颌管 X 线影像与第三磨牙近中根尖影像重叠，但是没有显示凹陷或者穿通。由于根尖片向远中延伸的程度不够，常无法完整显示水平阻生牙的牙根以及根尖和下颌管的位置关系。如果不能用其他检查方法，就应该让患者配合，将根尖片置于更远中，重新摄片。患者的配合很重要，因为片子放置越靠后，患者感觉越不舒服。或者可以选择使用胶片夹持器或血管钳夹持协助。



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

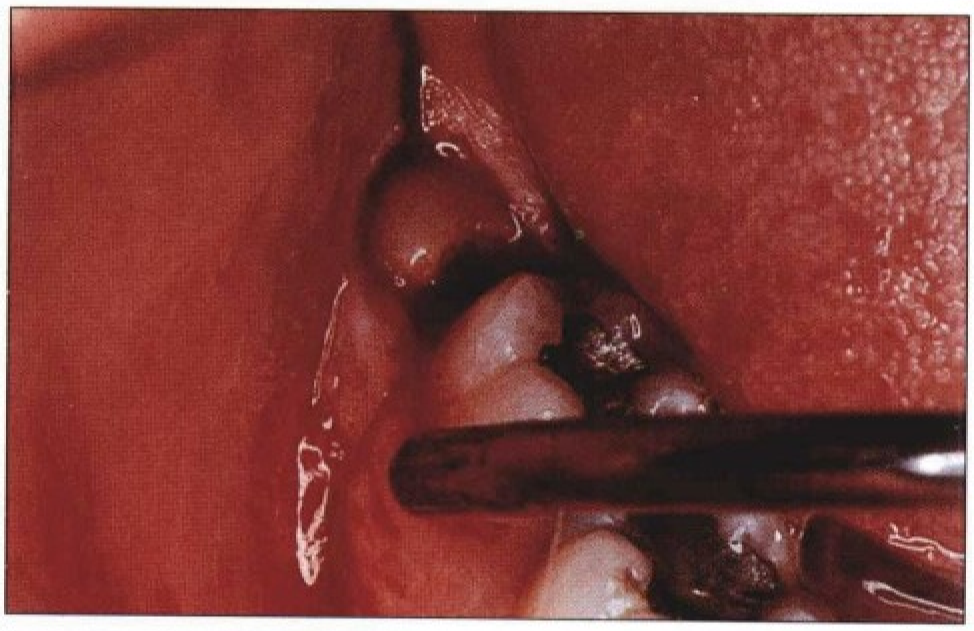
手术操作

手术部位

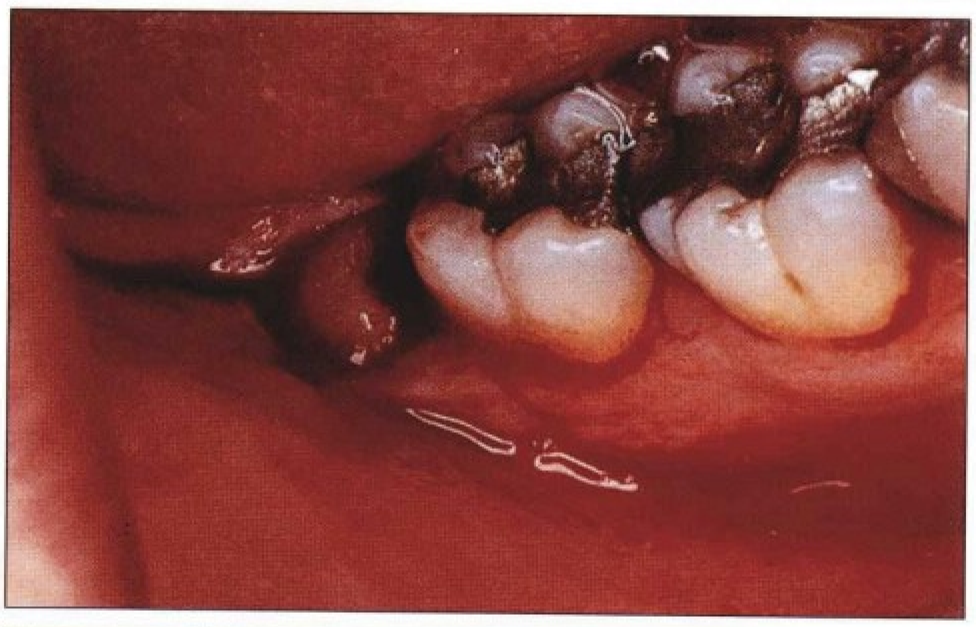


■ 牙齿部分萌出，可以看到远中颊侧牙尖。从远中沟切开，将远中龈缘一分为二，颊侧龈瓣很厚，将形成角形瓣盖住牙槽窝。第二磨牙远中面完整，没有龋坏或者充填物。

切口

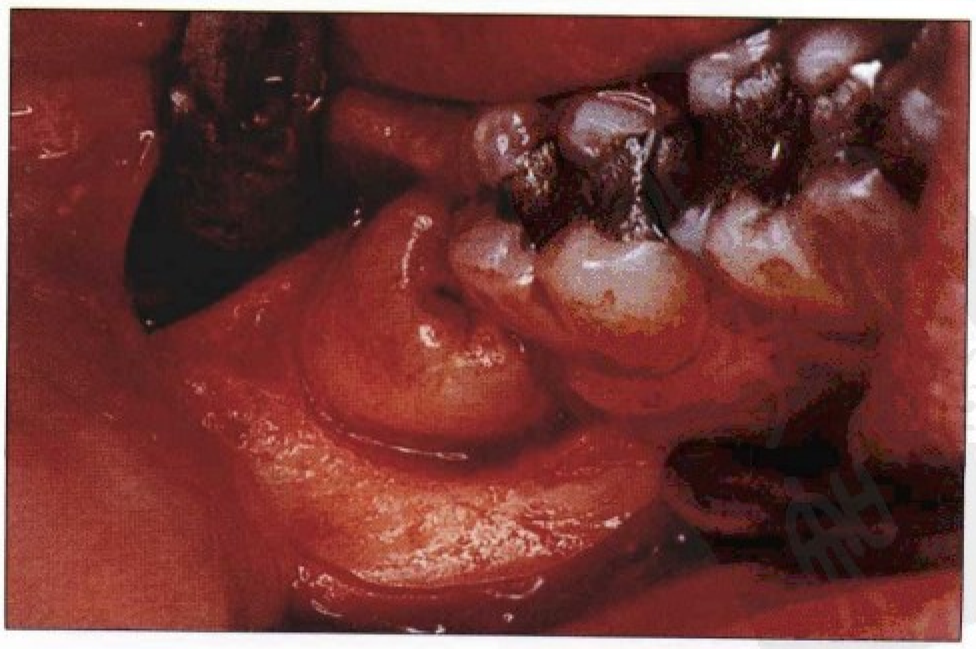


1 按照原先的设计切开。注意跨过附着龈的切开角度。

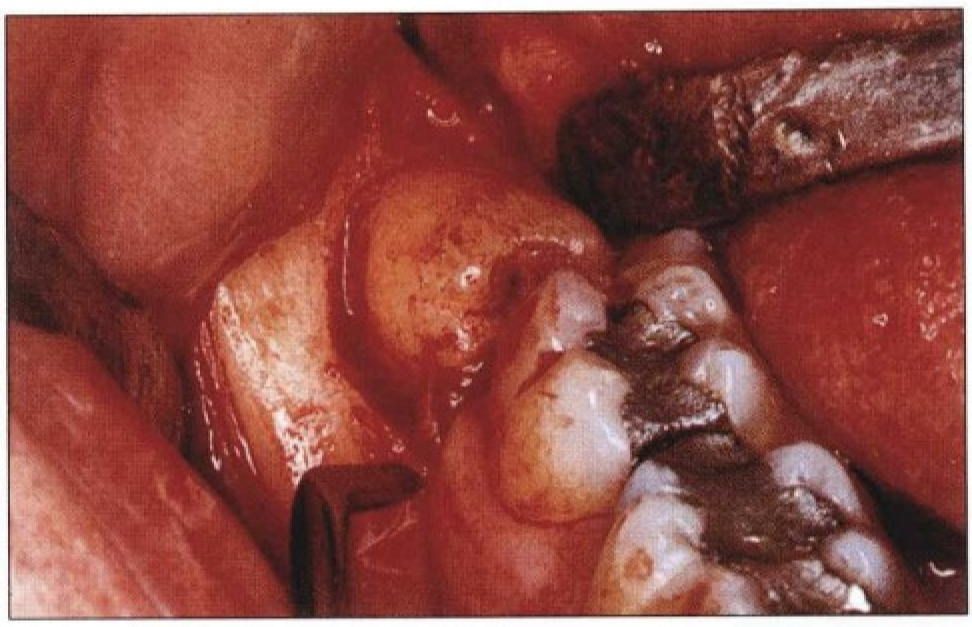


2 在松弛切口的末端，经常会切断小血管而致少量出血。保持松弛切开的角度尽可能平坦，可以减少出血。这种出血通常是暂时性的，龈瓣复位后出血将停止。

翻瓣

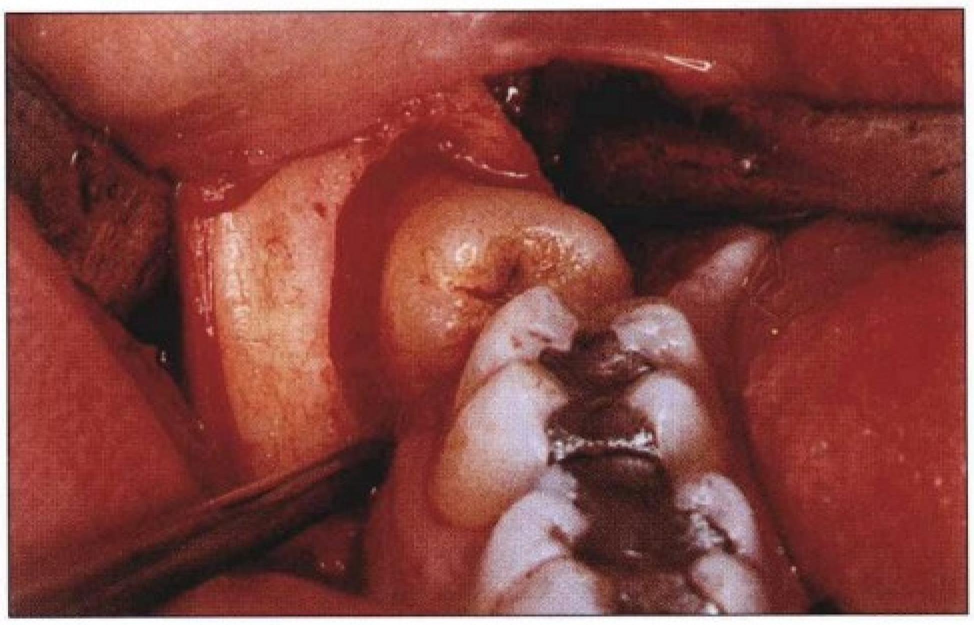


■ 去除囊壁组织后，获得了清晰的视野，可以更精确地评估牙齿的长轴方向、牙齿与骨组织及第二磨牙的关系。



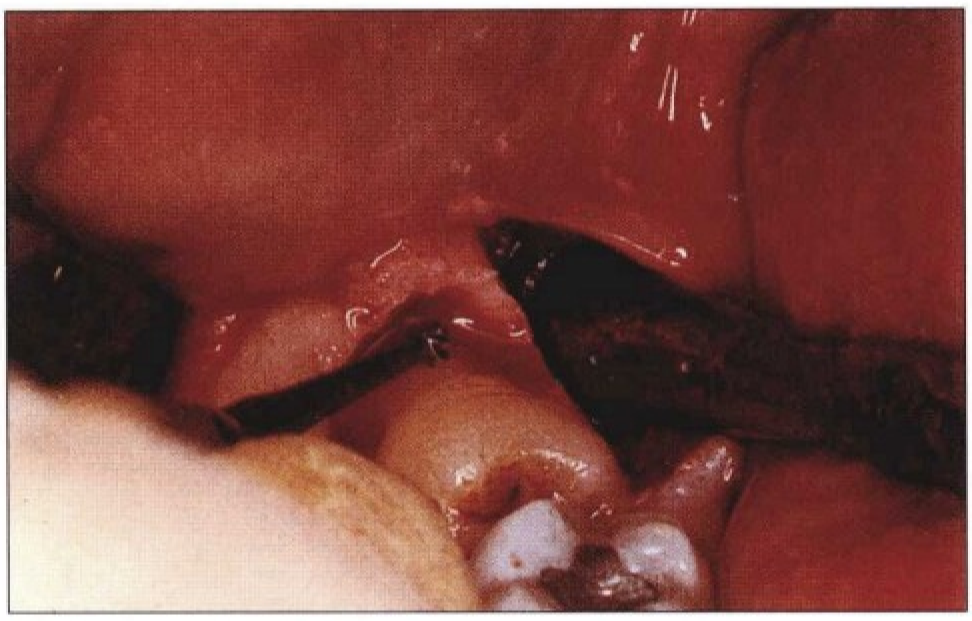
牙挺插入找支点

■ 插入弯的 Warwick-James 牙挺以探查所能获得的支点。在这种情况下即使是小范围的移动也是有益的，但应谨慎加力。

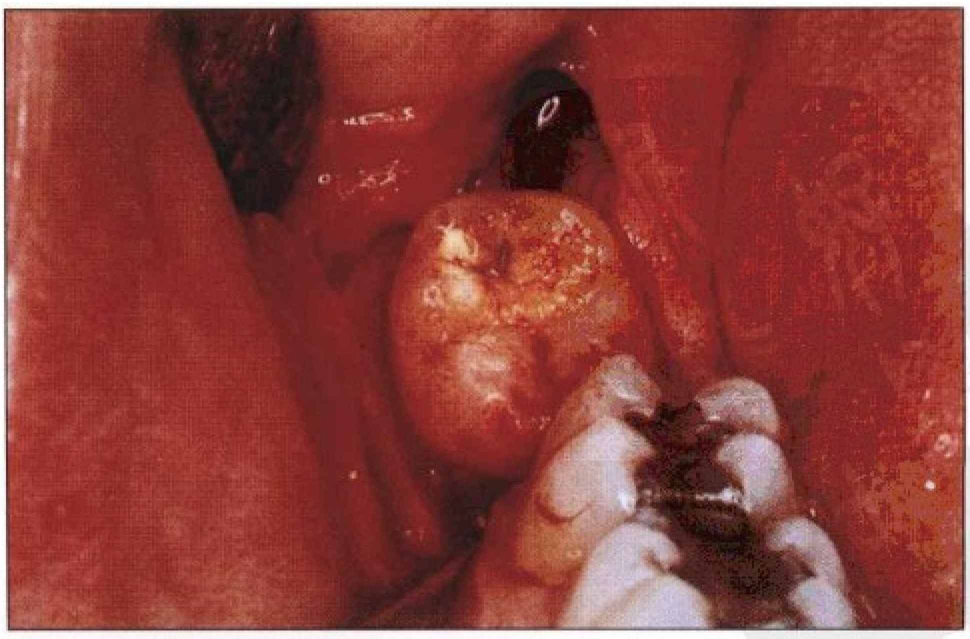


去骨

1 在颊侧和远中骨壁上制备沟槽，沟槽深度应达到根长的 1/2 处。沿着牙根表面切割骨组织。尝试挺松牙齿，有一些松动度，但是牙冠被远中舌侧骨板阻挡。



2 去除远中舌侧骨板，舌侧放置 Howarth 骨膜剥离器，防止损伤舌侧组织，尤其是舌神经。



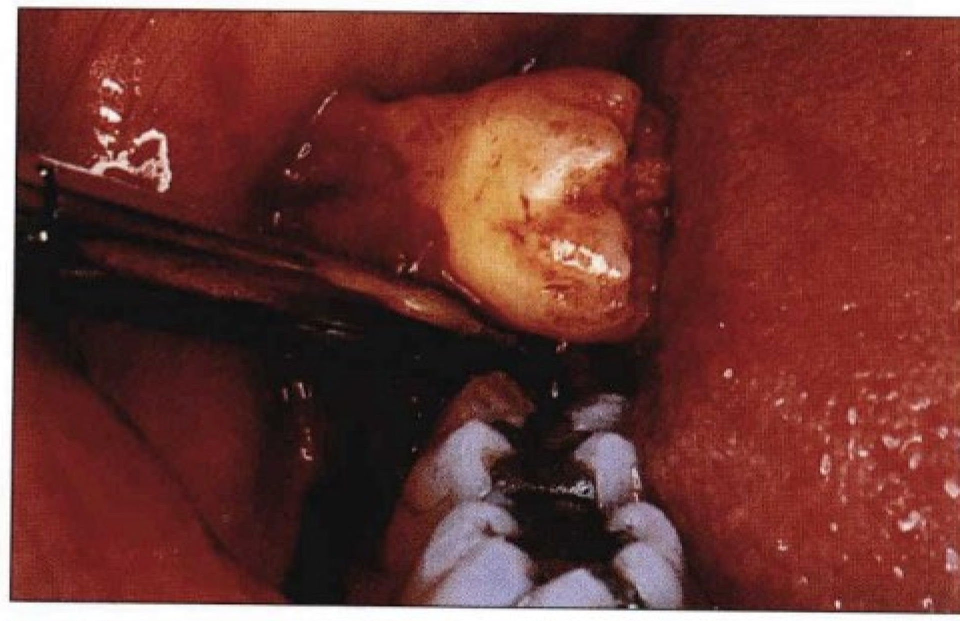
挺松牙齿

■ 向上挺直牙齿，现在很容易拔除了。在咬合面上可以看到龋坏组织和牙结石。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

拔除

1 使用止血钳夹住牙囊组织，松动的牙齿经常会与牙囊一起拔出，但是如果夹住牙冠则不一定能一起拔出牙囊。



2 牙槽窝很干净，但必须检查第二磨牙远中是否有结石或者其他碎屑残留。

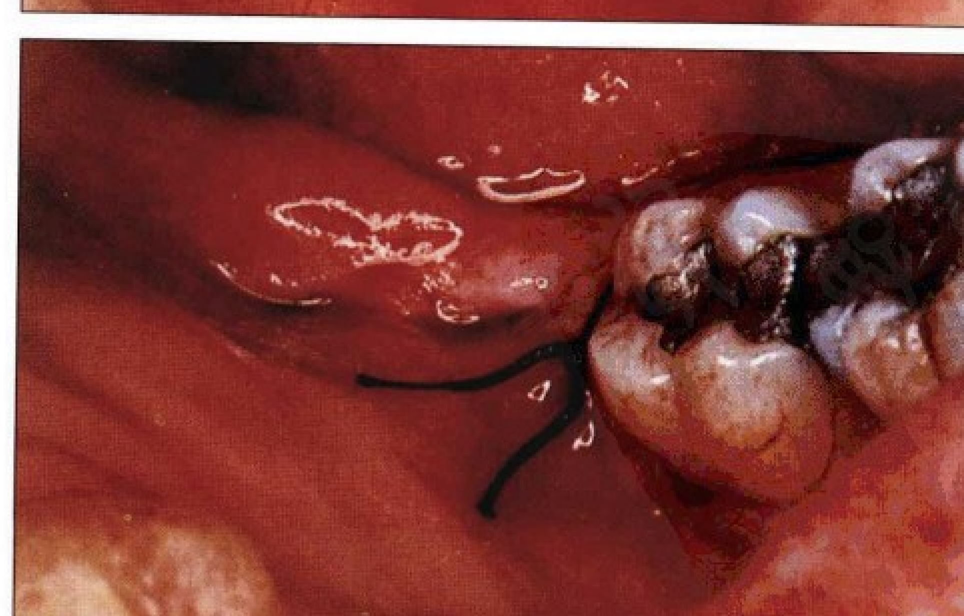


关创

1 软组织复位至正常位置。



2 简单缝合1针即可。



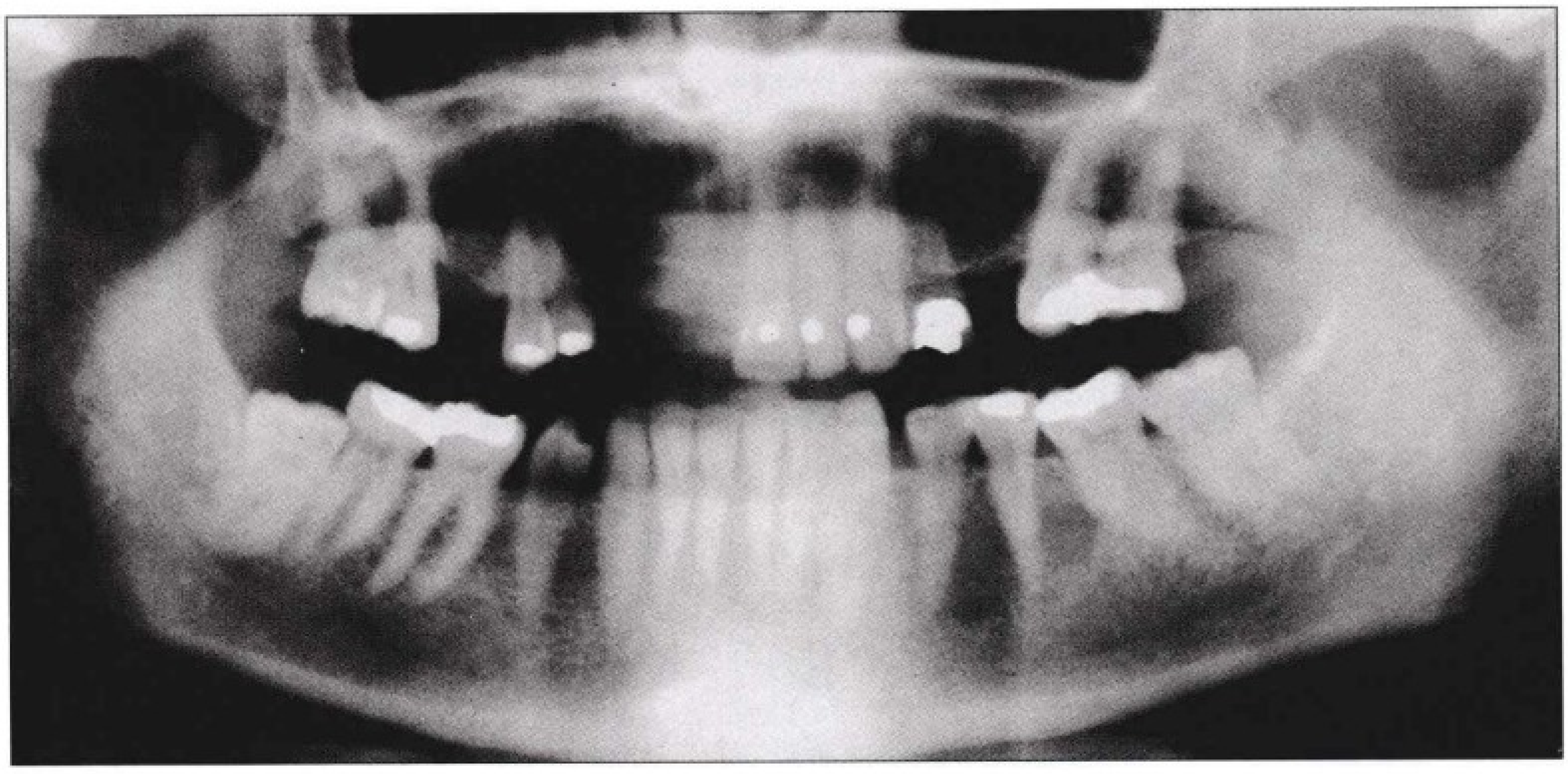
复诊

■ 术后恢复正常，切口愈合令人满意。

远中阻生下颌第三磨牙拔除术

MH，43 岁，家庭主妇，主诉右下颌第三磨牙反复发作冠周炎伴疼痛。以前曾使用过消毒剂冲洗并且口服抗菌药。建议拔除患牙。检查时发现，覆盖该牙的软组织很厚，而且有咬痕，右上颌第三磨牙咬在该处软组织上。告知患者拔除第三磨牙可能会出现神经损伤，并记录在病历上。患者同意在局麻下拔除该牙。

影像学分析

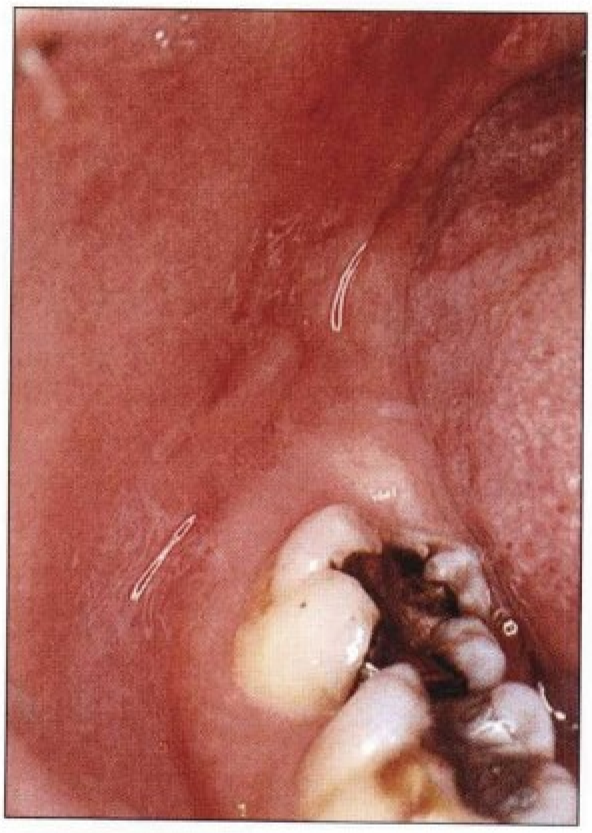


右下颌第三磨牙牙体很大，融合根，根尖处明显向远中弯曲。牙体长轴远中倾斜，牙冠近中最低点位于第二磨牙远中牙根的中点平面。第二磨牙牙根呈锥形，牙冠远中部分完好无损。远中骨组织与远中尖顶点平齐，但是二者之间存在牙囊。下颌神经管跨过牙根及其弯曲的根尖部分。曲面断层片能很好地显示出这种关系，而根尖片无法放置到足够远，不能显示牙根的完整形态。即使是放置到位的根尖片，也无法完整地显示根尖部分。



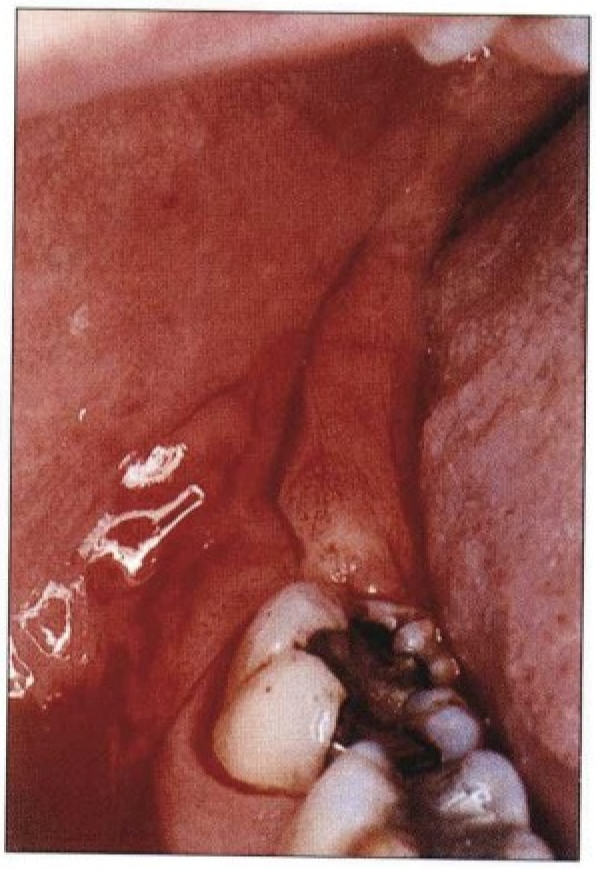
公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

手术操作



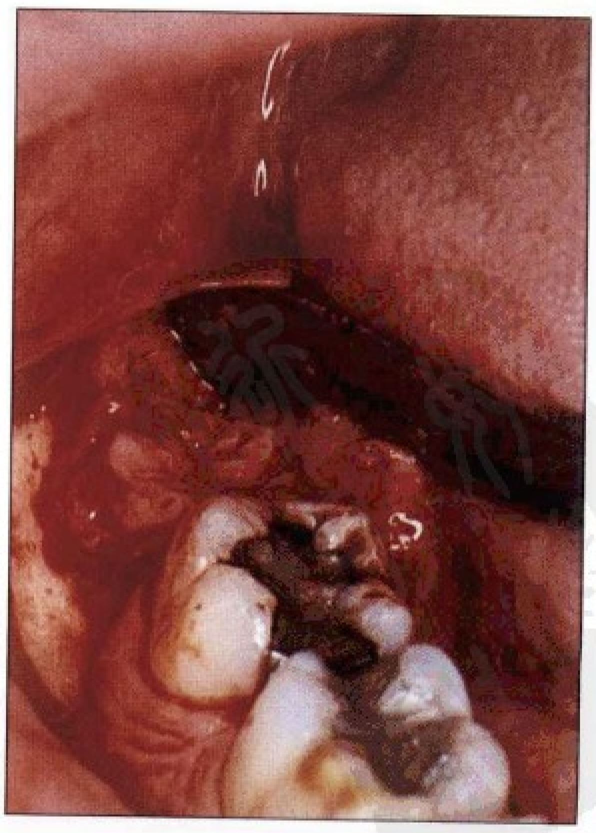
手术部位

■ 这个病例可以清楚地看到远中沟。牙齿完全埋伏，第二磨牙远中面完整。



切口

■ 沿远中沟切开，然后向前，穿过附着龈和外斜嵴，止于第一、第二磨牙之间。



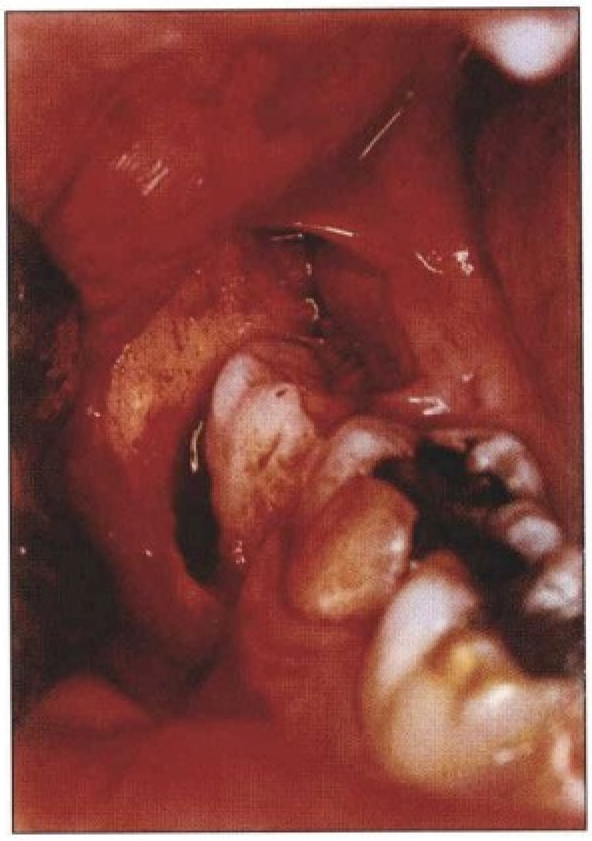
翻瓣

■ 暴露出第三磨牙的殆面，将 Howarth 骨膜剥离器置于远中舌侧骨膜下的内斜嵴上。

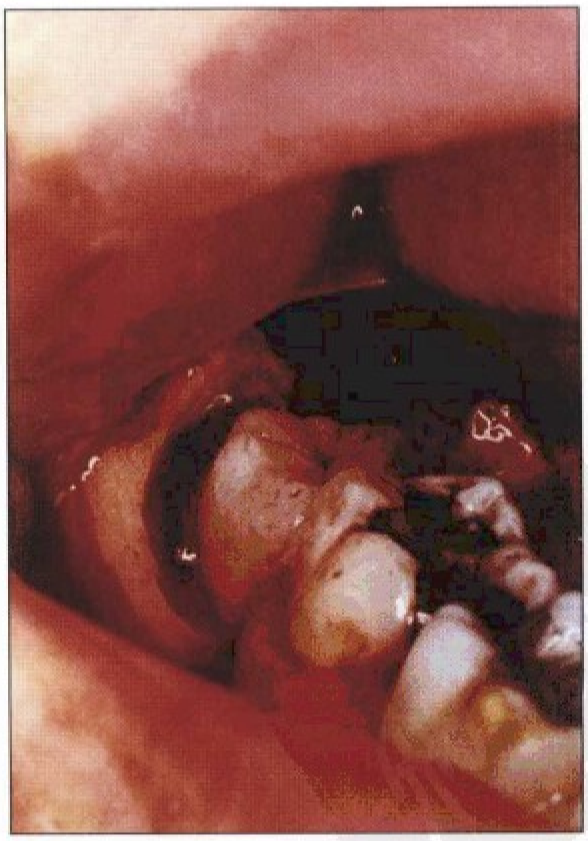


牙挺插入找支点

1 从牙齿近中楔入直的 Warwick-James 牙挺，将牙齿往上挺出少许。



2 由于牙根弯曲，在向上向后挺松牙齿的时候，远中骨组织会阻挡牙冠。



去骨

■ 去除远中及颊侧的骨组织以加深颊侧沟，并去除远中骨阻力。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

挺松牙齿并拔除



1 此时可用 Cryer 牙挺将牙齿向上向后挺出牙槽窝。因为该牙与第二磨牙之间的间隙比较大，所以使用 Cryer 牙挺比 Warwick-James 牙挺好。



2 Cryer 牙挺插入到根分叉处将牙齿向上完全挺松。此时用任意合适的器械就可以将牙齿夹住并取出。



3 从舌侧观察拔出的右下颌第三磨牙，可以看到根尖向远中倒勾并且有条水平沟，这可能与下颌管有关。

清理牙槽窝

■ 牙槽窝干净，没有碎屑。因为牙齿完整拔出并且没有劈骨，所以不会出现碎屑。牙槽窝表面已经被血凝块覆盖，不需要冲洗。



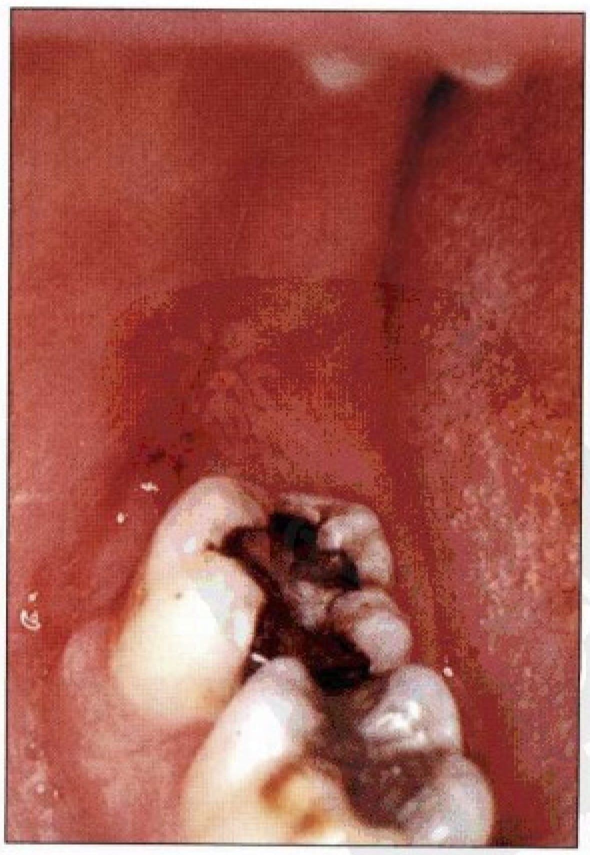
关创

■ 切口仅需缝合 1 针。



复诊

■ 伤口愈合良好，神经功能正常。



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

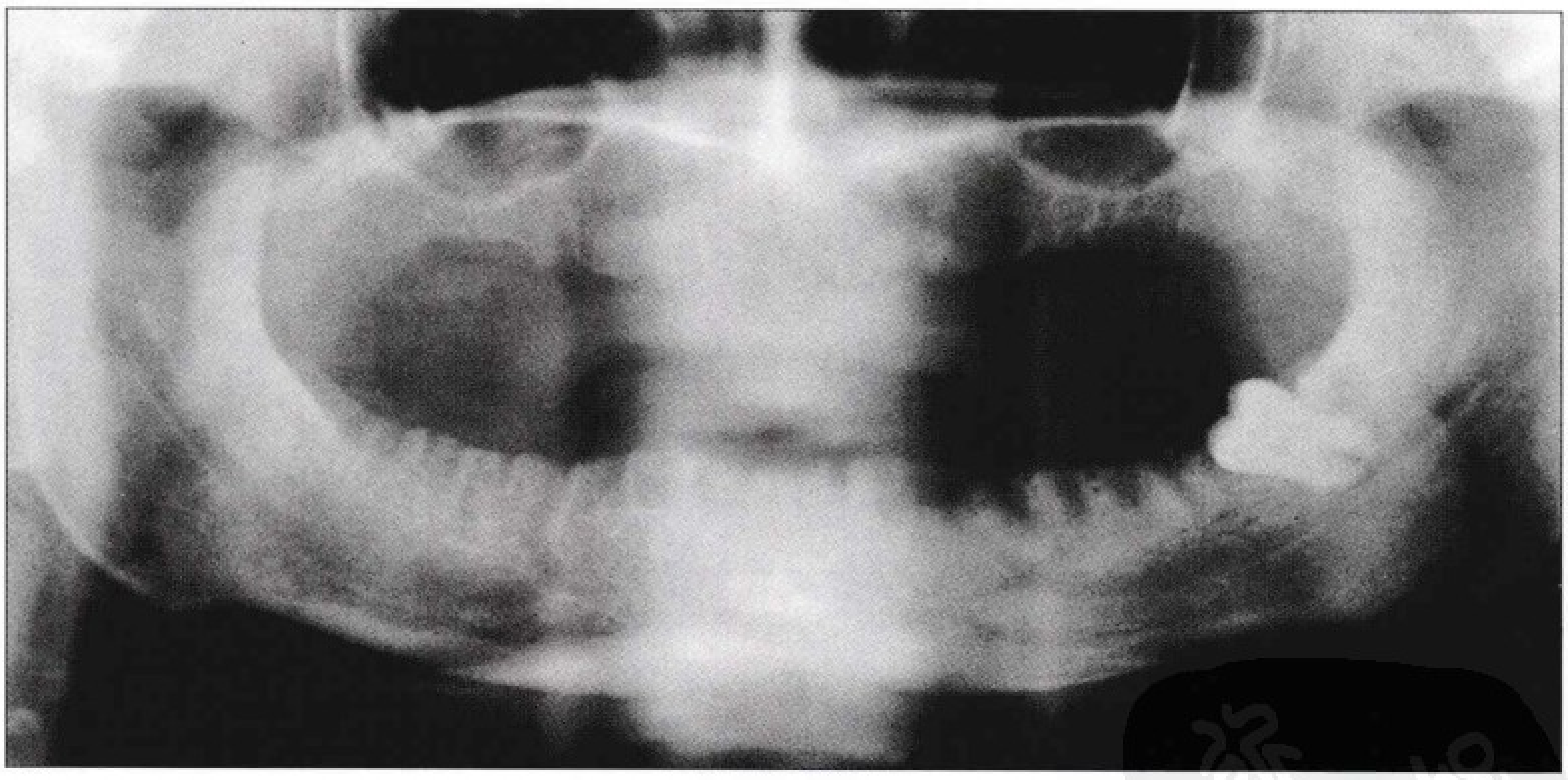
残留的下颌阻生第三磨牙拔除术

AF，31岁，囚犯，他的监狱牙医写来一封信求诊，信件内容如下：

一个月前，由于AF的强烈要求，我检查了这个病人，后因为他引起了骚乱，所以我将他带到了我的诊所。在局麻下我拔掉了他残留的牙齿，但我无法拔除埋伏的左下颌第三磨牙。我告诉AF先生，这颗牙齿仍然存在，但是不太可能引起其他问题。然而昨天，他又来找我，说这颗牙齿引起了不适，想拔除它。鉴于仍有一定的骨组织覆盖，只有牙尖位于骨组织以上，而且X线片显示牙根离下颌管很近。如果你能帮忙接诊这个患者并且安排为他做左下颌第三磨牙拔除，我将非常感激。他是一个吸毒者，两侧手臂上的静脉硬化。

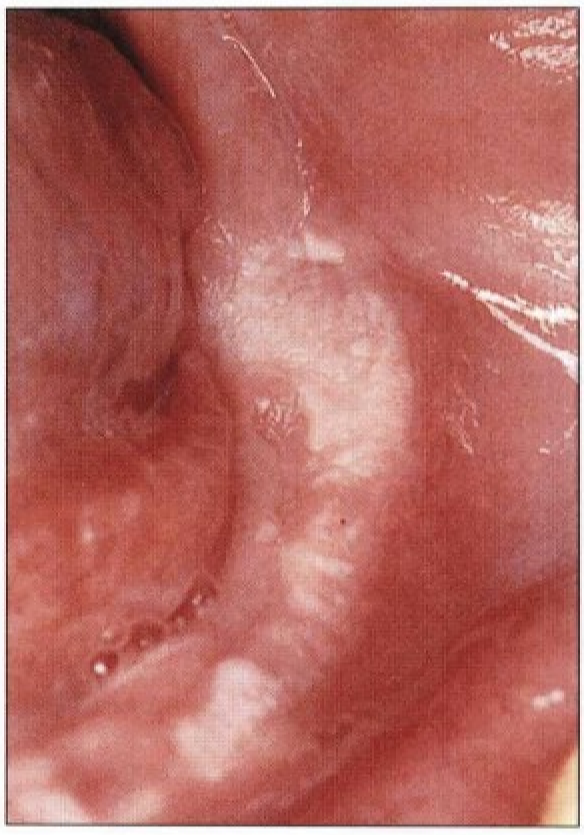
该患者的主诉是咀嚼时左侧面部有放射痛至左耳。这个症状也可能是颞下颌关节引起，因为义齿的修复要在第三磨牙拔除后才能进行，因此第三磨牙可能是造成疼痛的间接原因。检查没有其他阳性体征。考虑到他的吸毒史，抽取血液样品检查是否感染乙肝病毒。检查结果显示病毒阴性，抗体阳性。患者同意在局麻下拔除该牙。

影像学分析



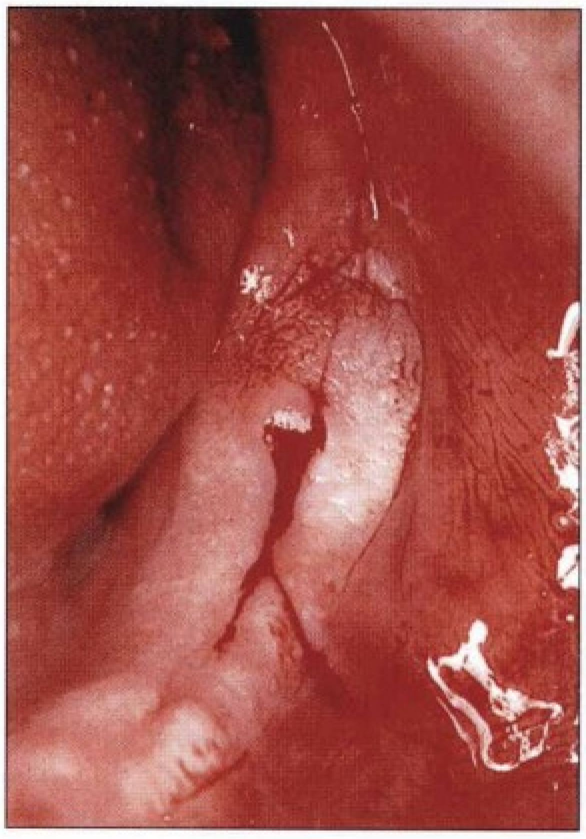
曲面断层片显示没有其他残留的牙齿或者残根。左下颌第三磨牙大小适中，形状规则，近中倾斜，仅仅只有远中尖位于骨组织以上。牙囊还没有消失，远中骨组织位于冠根接合部上方。下颌管看起来离近中根尖很近，但是在原先的X线片上可以看到上方的白线，而且根尖处没有阴影带。考虑沿着牙冠周围作环形去骨可以将牙齿向上挺松，而不会断根以至于损伤神经，但尽管如此还是要告知患者术后有可能出现下唇麻木。

手术操作



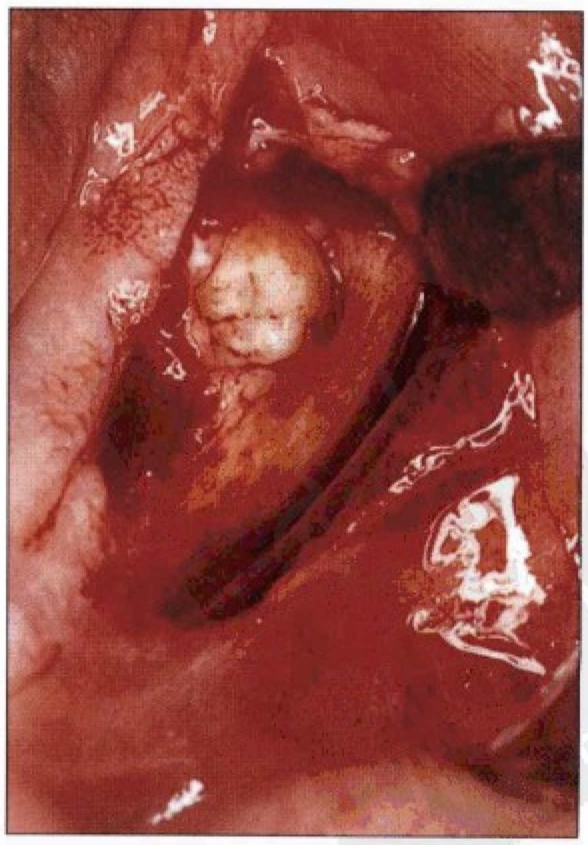
手术部位

■ 牙槽窝已经完全愈合，宽的附着龈覆盖在完全埋伏的牙齿上。



切口

■ 在无牙颌牙槽嵴偏颊侧切开，从磨牙后垫开始，向前到第一磨牙位置。接着斜向前作松弛切口，原计划松弛切口应始于第 1 个切口的近中端，但实际上有一点偏远中。



翻瓣

1 用 Horwarth 骨膜剥离器翻瓣，翻瓣后可以清晰地看到外斜嵴。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注



2 内斜嵴舌侧远中黏骨膜瓣应完全翻起，暴露清楚，因为该区域的盲目操作有可能损伤舌神经。

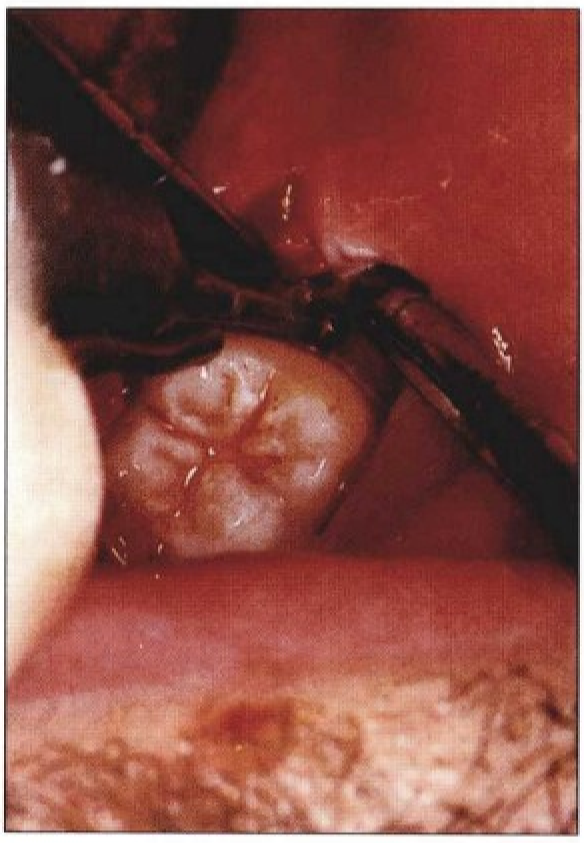


去骨

1 用小的纺锤形钻去骨，制备围绕牙冠颊侧、近中的一条深而窄的沟。



2 整个牙冠已经完全暴露。



3 将 Howarth 骨膜剥离器插入保护舌侧软组织，用小的纺锤形钻围绕牙冠远中去骨，形成一条沟。



挺松牙齿

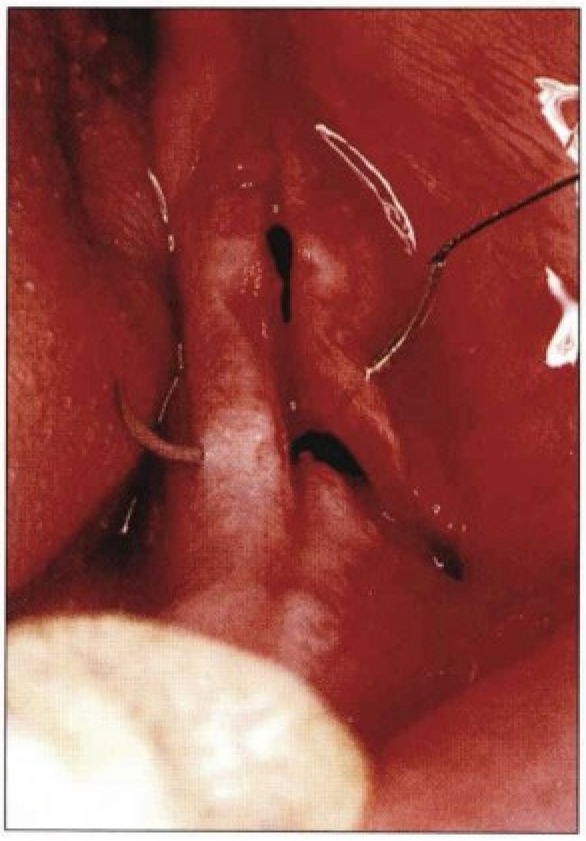
■ 用一把大的 Coupland 牙挺从颊侧、近中楔入就可以很容易将牙齿挺松，转动牙挺使之与牙齿表面接触并将牙齿向上挺出。



清理牙槽窝

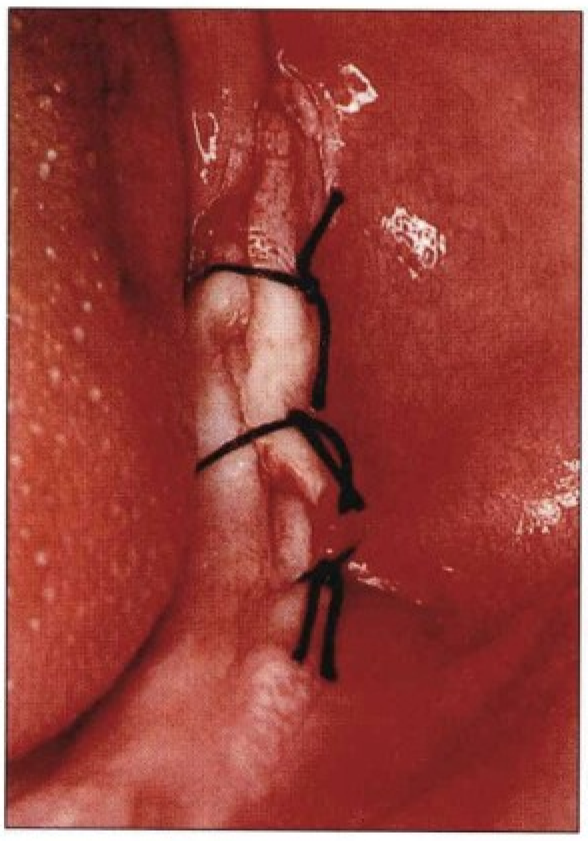
■ 此时，牙槽窝正对着医生的视线，所以很容易看到任何小的断根，小心操作就能清除。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

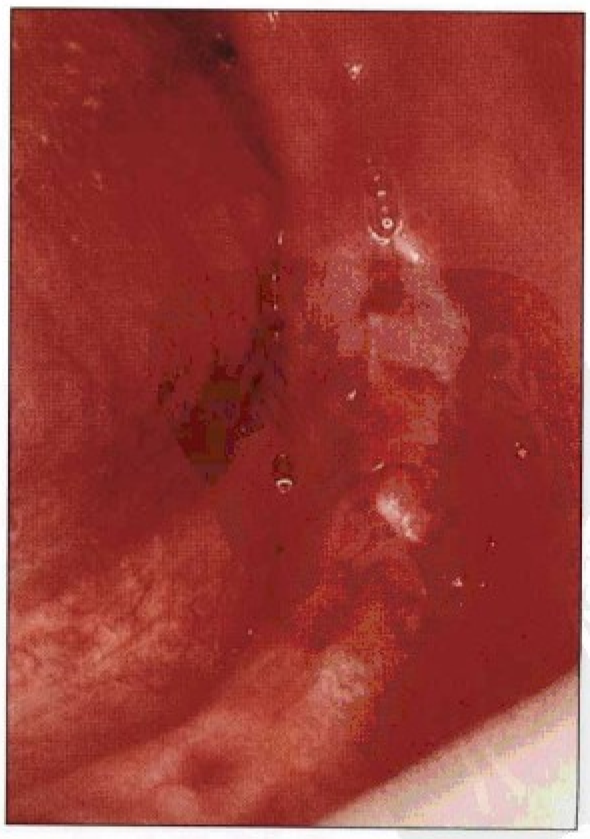


关创

1 第 1 针先缝合黏骨膜瓣角形切开处，即松弛切口处。



2 然后远中缝合两针。



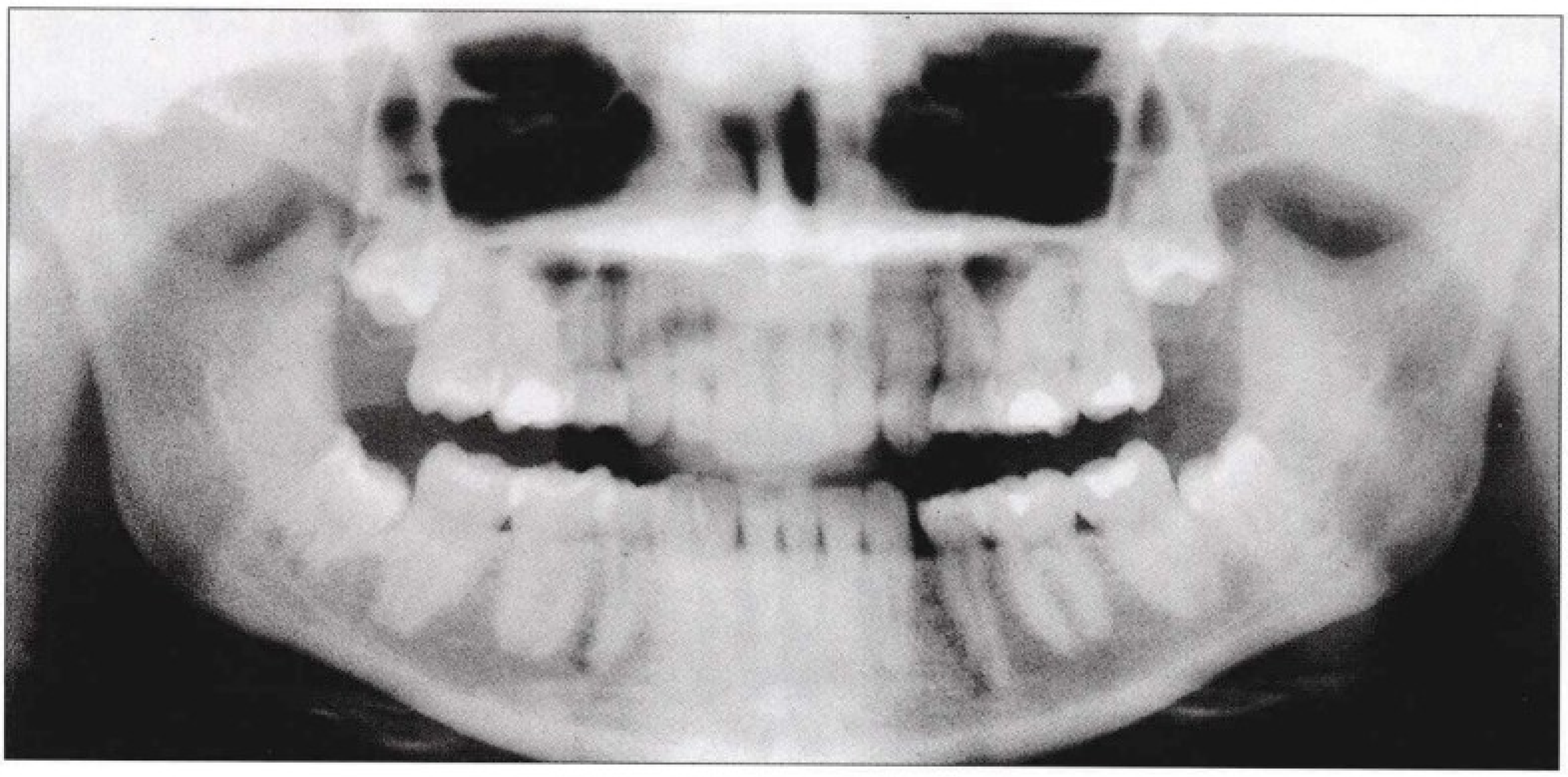
复诊

1 周后拆线，伤口愈合非常满意。建议患者回到监狱牙医那里进行义齿修复。

上颌阻生第三磨牙拔除术

AH，19 岁，口腔外科助理医师，右下颌第三磨牙冠周炎求诊，曾经外科切开后通过正畸治疗排齐上颌尖牙。检查发现所有的第三磨牙均完全埋伏，具有拔除指征。虽然一侧肾先天缺失，但是身体健康，同意在局麻下一次拔除一侧的第三磨牙。

影像学分析



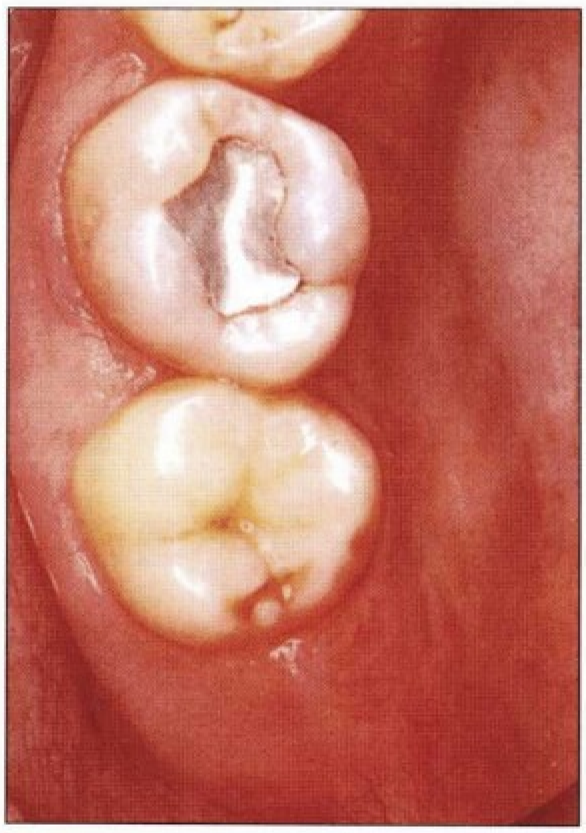
右上颌第三磨牙大小适中，形态规则，牙根尚未完全形成，并被牙囊包绕，牙槽窝较宽大。有轻微的远中倾斜，位置很高，牙冠近中最低点与第二磨牙根尖齐平。上颌窦很大，与埋伏的牙齿相毗邻。

左上颌第三磨牙与右侧位于相同位置，甚至更高些。下颌两颗第三磨牙均为近中阻生。

PDG

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

手术操作



前 3 张和倒数第 2 张照片是利用镜子反射拍摄的，之后再镜像打印。

手术部位

■ 第二磨牙远中面完整，第三磨牙完全没有萌出迹象。



切口

■ 从上颌结节的腭侧边切开一条直切口，然后，斜向前与第二磨牙远中颊角相切，向上穿过颊侧附着龈达前庭沟。



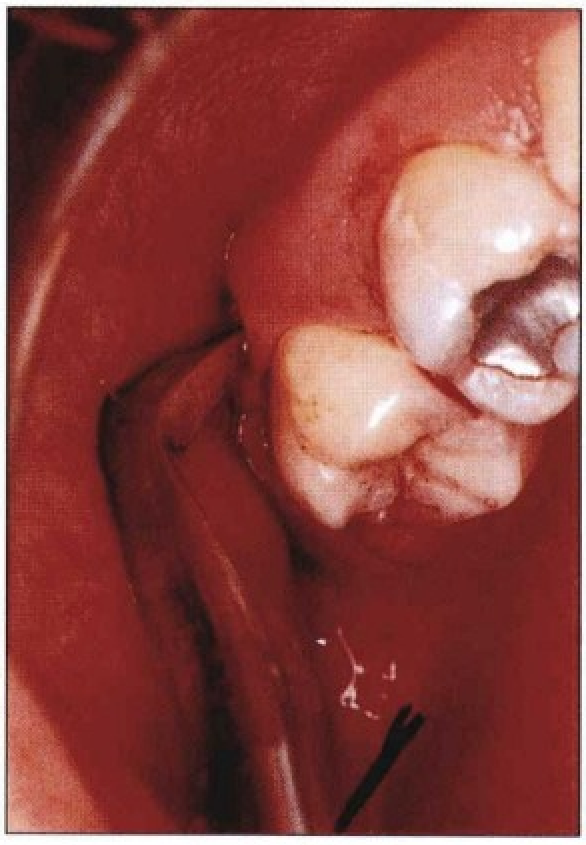
翻瓣

■ 用 Howarth 骨膜剥离器翻瓣，从前部开始，沿着上颌结节周围翻起黏骨膜瓣。



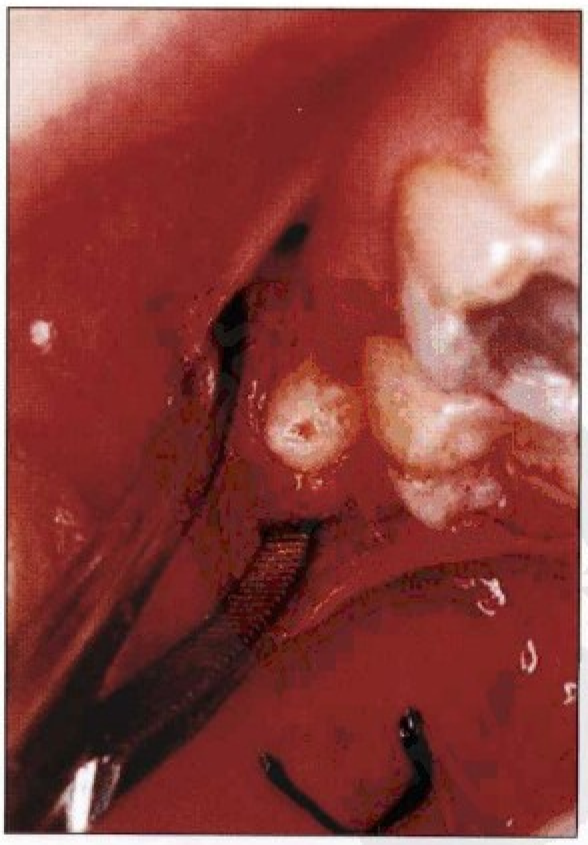
去骨

■ 插入 Coupland 牙挺并向外撬，很容易去掉覆盖在牙囊上的薄层颊侧骨板。



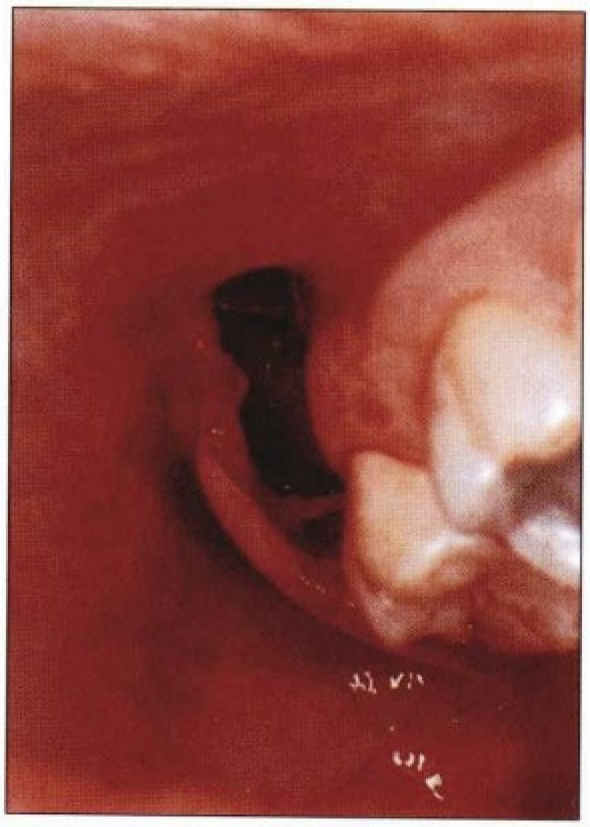
挺松牙齿并拔除

1 用 Cryer 牙挺使近中接触点松动，接着向下后外挺松牙齿，使之离开牙槽窝。必须控制好挺的方向，以免将牙齿挺入上方的上颌窦内或者后方的颞下窝内。



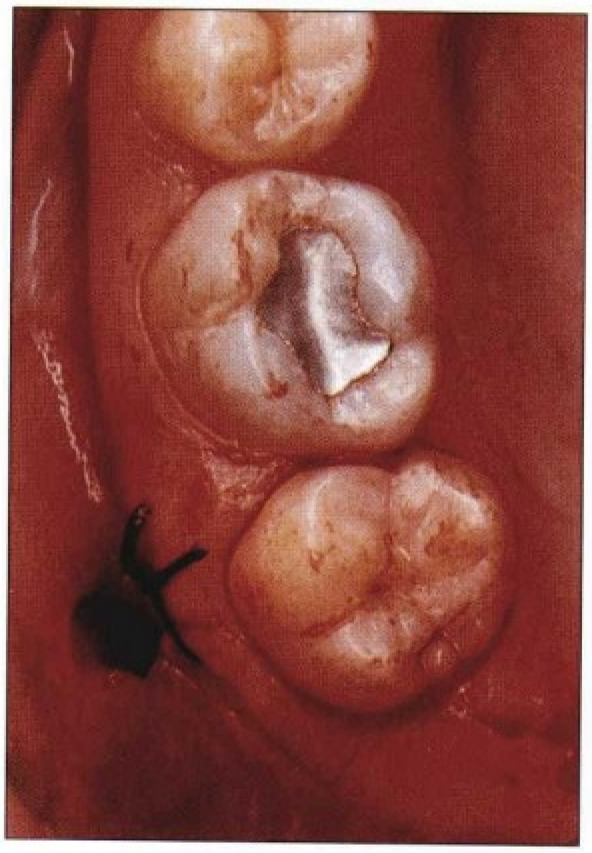
2 牙齿挺松后，就可以用合适的器械将其拔出，在这个病例中用血管钳就可以了。

PDG
公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

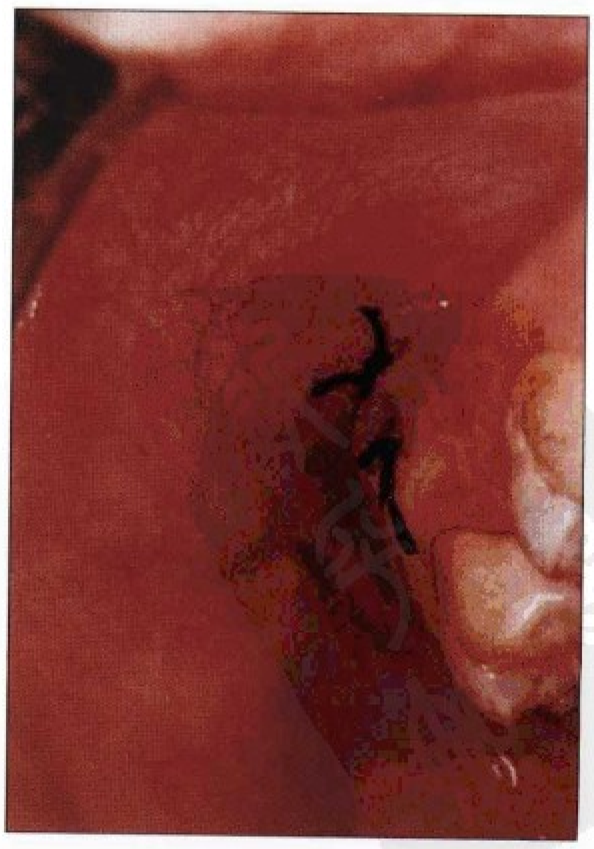


关创

1 切口呈张开状，因此需要缝合使边缘靠拢。大多数情况下，即使没有缝合，上颌第三磨牙的切口也会长到一起。



2 第 1 针复位颊侧龈缘。



3 由于颊侧切口的末端仍未闭合，而且还在出血，因此在那里缝了第 2 针。

复诊

■ 切口愈合良好。

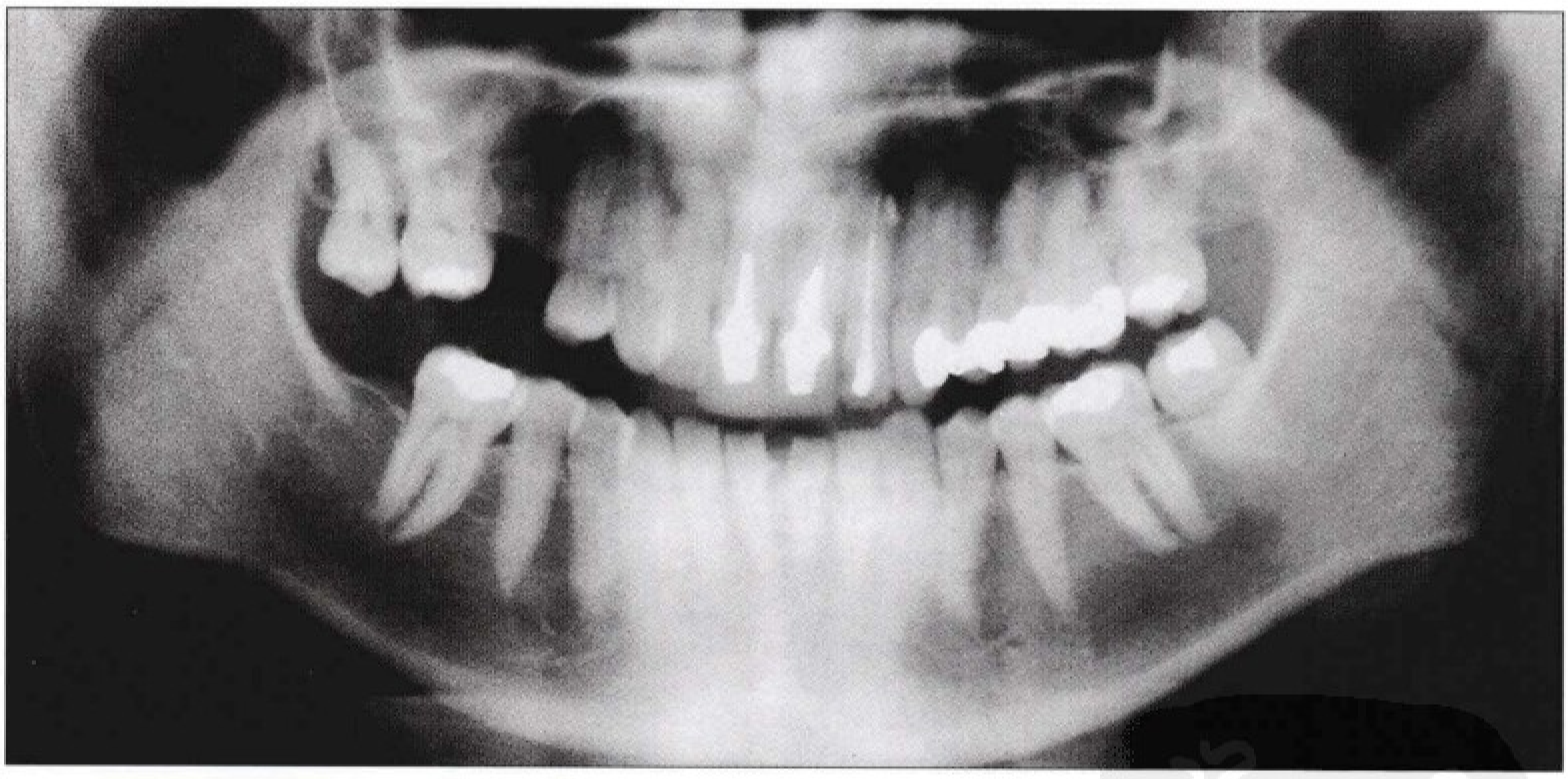
7 根尖切除术

Endodontic Surgery

右上颌中切牙根尖切除术

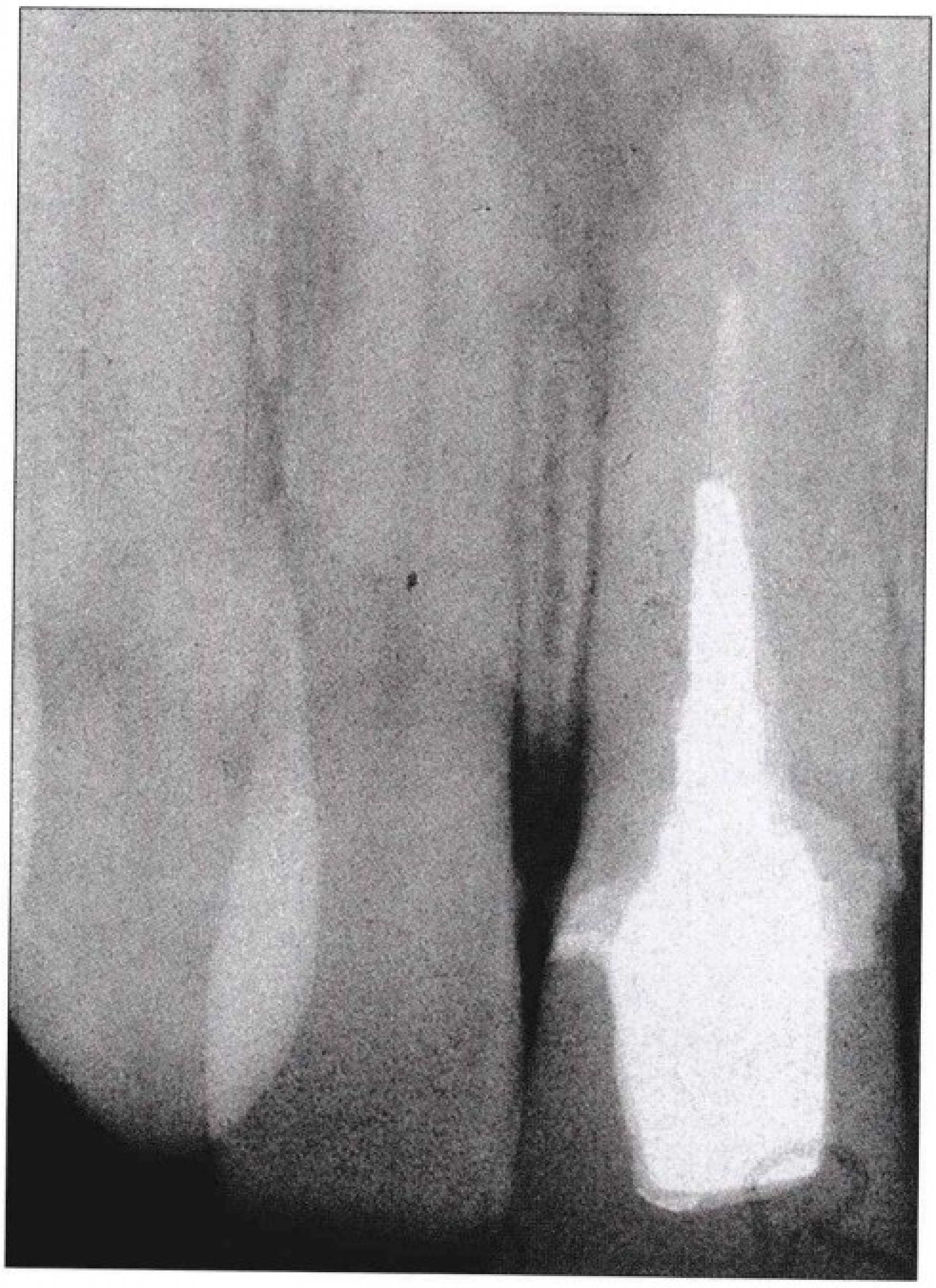
KF，22 岁，电工，主诉右上颌前牙区持续性疼痛 3 天。检查可见，在右上颌中切牙与侧切牙间的前庭沟处有一个小脓包。根尖片显示中切牙根尖处有大的弥散性透射区以及根尖硬骨板破坏。怀疑累及侧切牙，对该牙做了牙髓活力测试，反应正常。建议患者进行右上颌中切牙的根尖切除术和根管倒充术，并预约了局麻下手术的时间。

影像学分析



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

曲面断层片显示上颌两个中切牙均做过根管充填并行冠修复，没有需要手术治疗的其他问题。曲面断层片显示与超充的左上颌侧切牙根尖相连的明显透射区，在根尖片上却没有显示，表明左侧切牙根尖区没有急性炎症。根尖片显示右侧中切牙根尖明显未充填至根尖孔，根尖远中下 1/3 硬骨板消失，界限不清的透射区延伸到侧切牙牙根。侧切牙的根管向远中弯曲，其根尖处的硬骨板看起来是完整的。



手术操作

手术部位

■ 上颌中切牙牙冠周围的牙龈状况差，唇系带附着处距离牙间乳头很近。没有看到窦道。



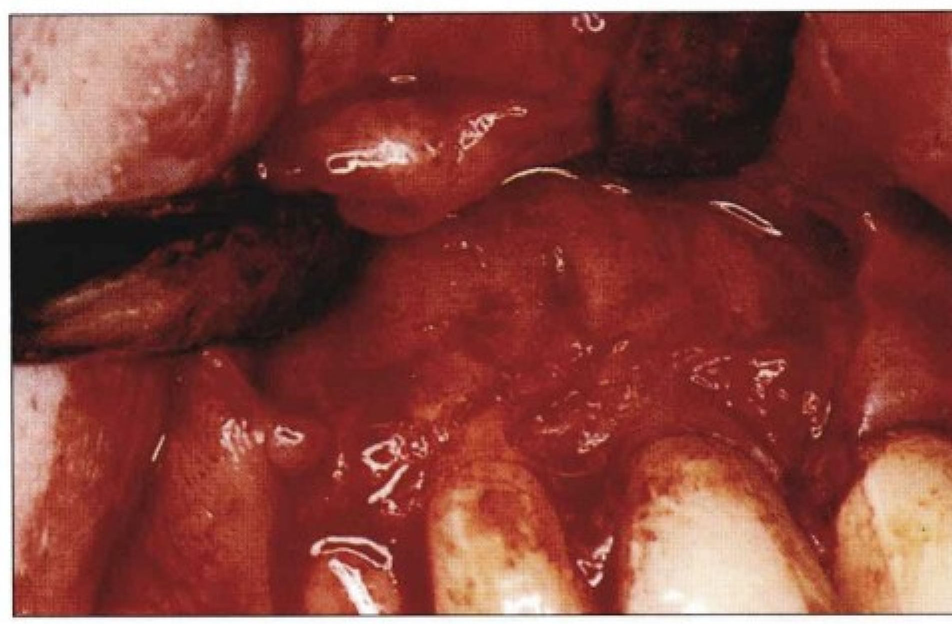
切口

■ 从唇系带左侧的前庭沟开始切开，刀口对着左侧中切牙的近中面，使形成的瓣包含牙间乳头。手术刀片的尖端沿着右上颌切牙和尖牙的龈缘切开。



翻瓣

■ 用两把 Howarth 骨膜剥离器翻瓣，可以清楚地看到中切牙唇侧骨板的吸收，还可以看到一个小的骨小凹，表明先前出现过窦道。



去骨

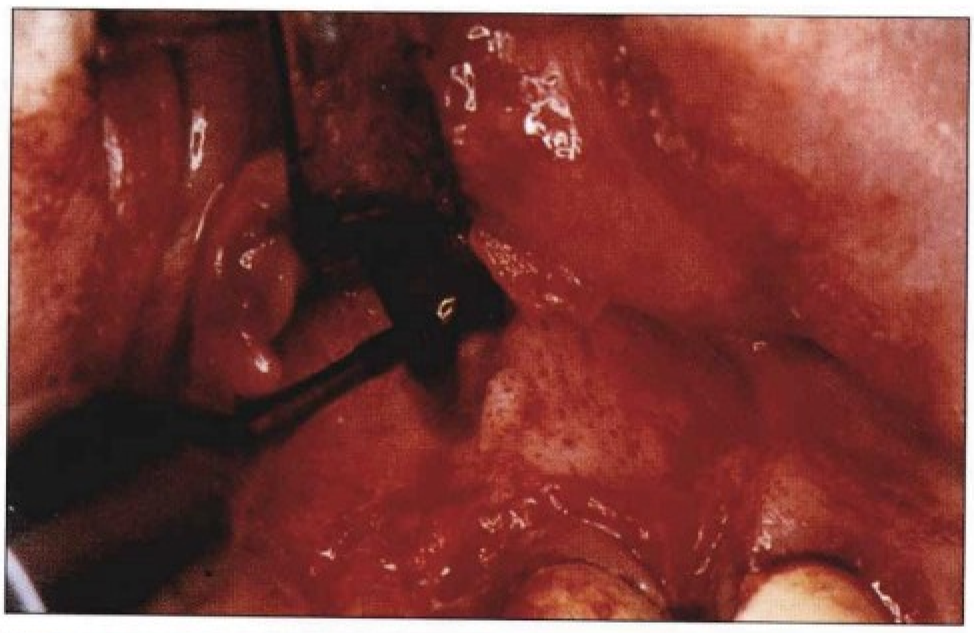
1 用 Mitchell 修整器去除覆盖在根尖肉芽肿上方薄的已被破坏的骨板。



2 刮掉肉芽组织后就可以清楚地看到根尖。

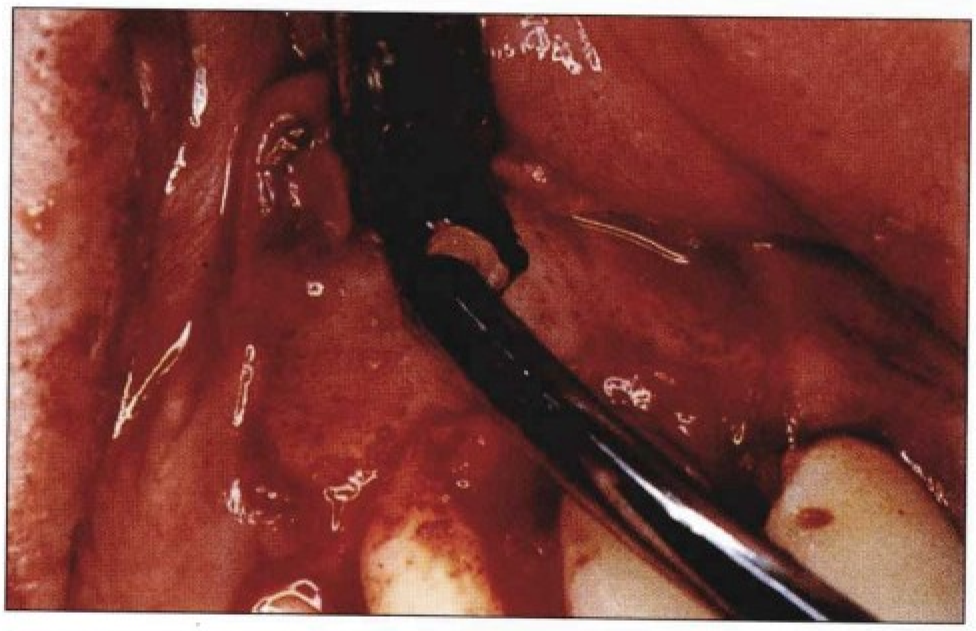


公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

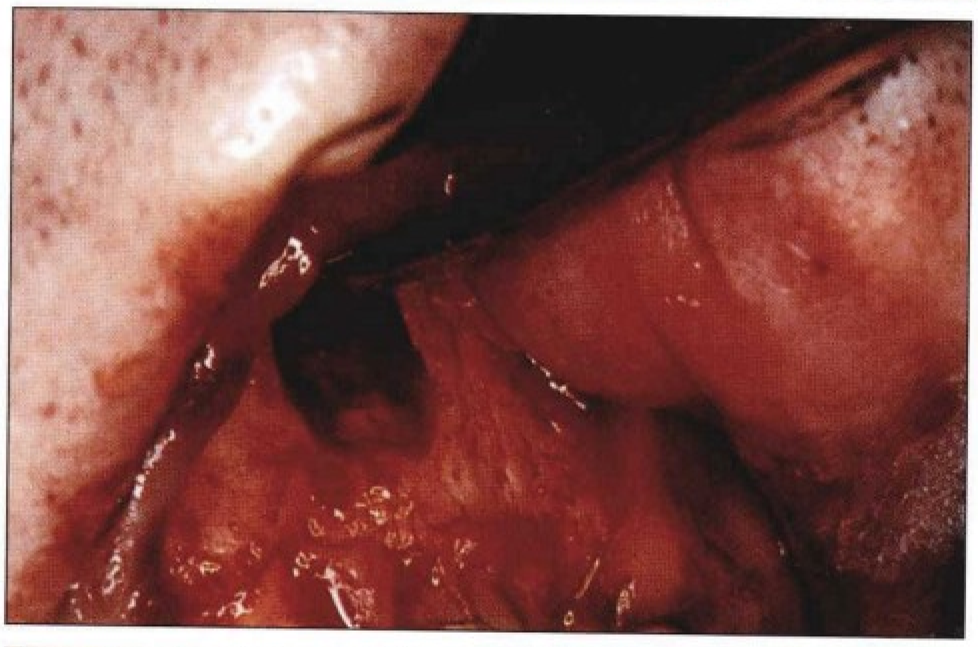


根尖切除

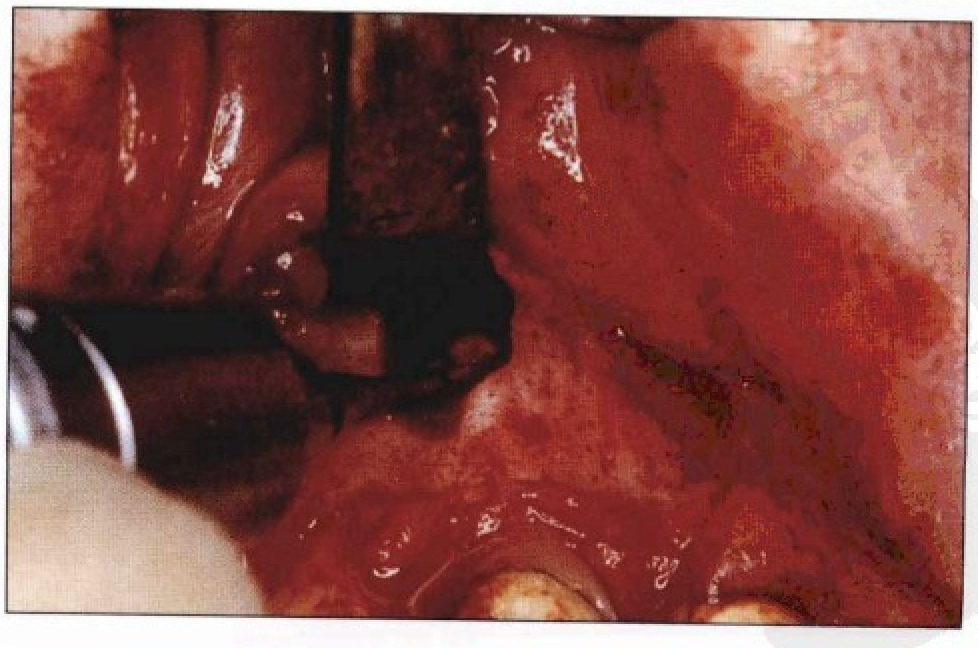
1 用直裂钻切断牙根并分离根尖。



2 用吸引器将根尖吸出。



3 切断面应该是有角度的，这样才可以清楚地看到根管口。

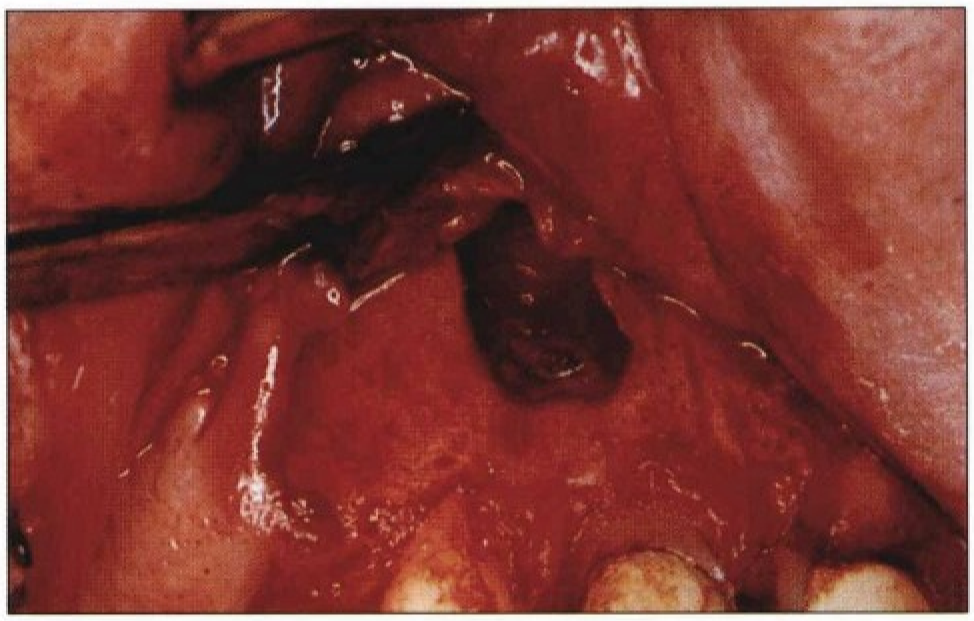


根尖倒充

1 用小的纺锤形钻制备倒凹。



2 制备好的倒凹。



3 用银汞合金封闭根管末端。



关创

■ 将瓣复位并缝合固定。第 1 针先缝合中切牙间的牙间乳头，接着缝合中切牙和侧切牙间的牙间乳头，第 3 针在前庭沟缝合松弛切口。

复诊

■ 创口愈合良好，但是症状复发。几个月后为了解决这个问题，重新做了手术。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

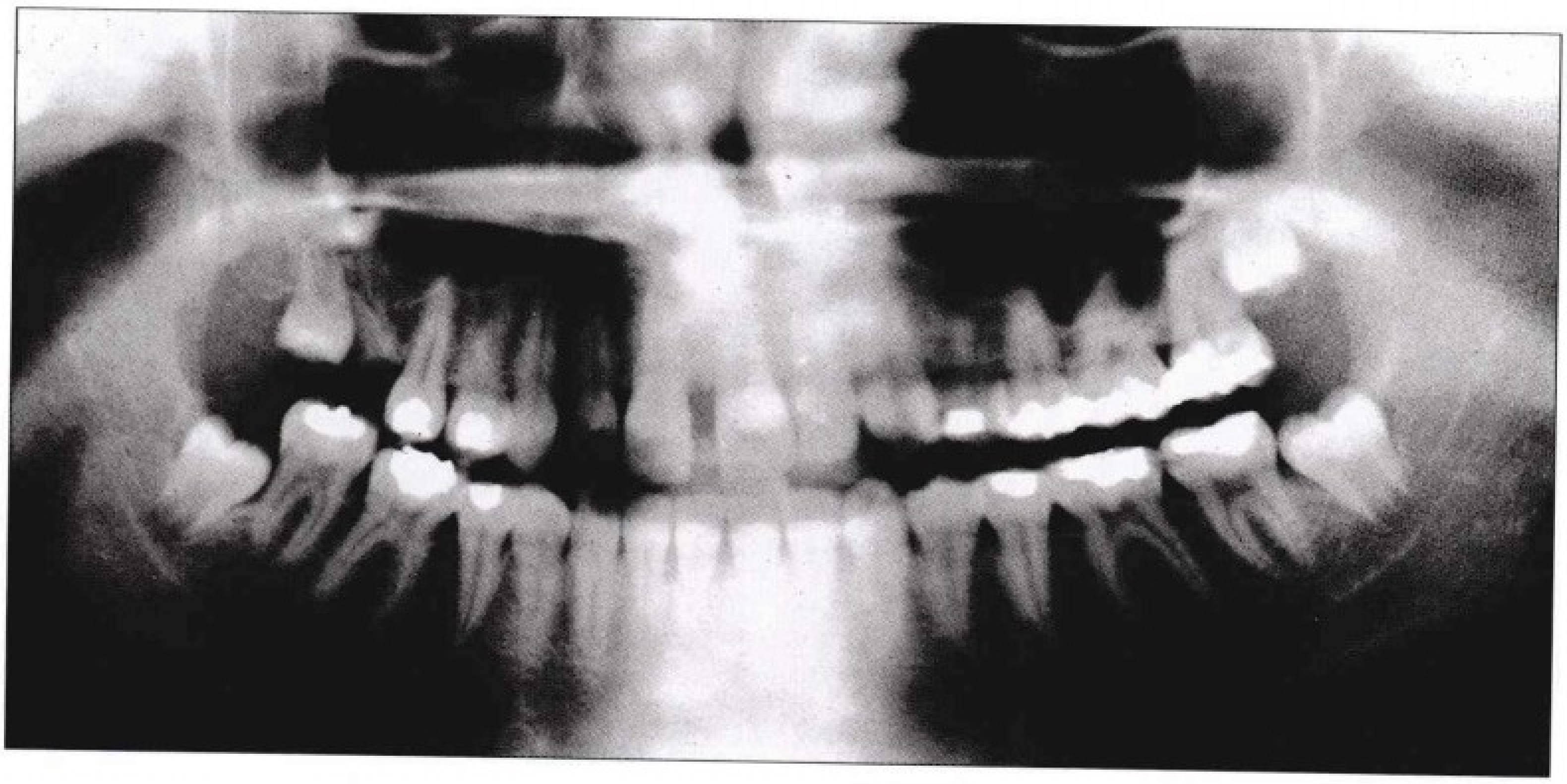
8 正畸小手术

Orthodontic Surgery

上唇系带修整术

JC，16 岁，女中学生，上唇系带肥大，认为由此造成了上颌中切牙间隙持续存在的原因。患者同意局麻下切除上唇系带。

影像学分析

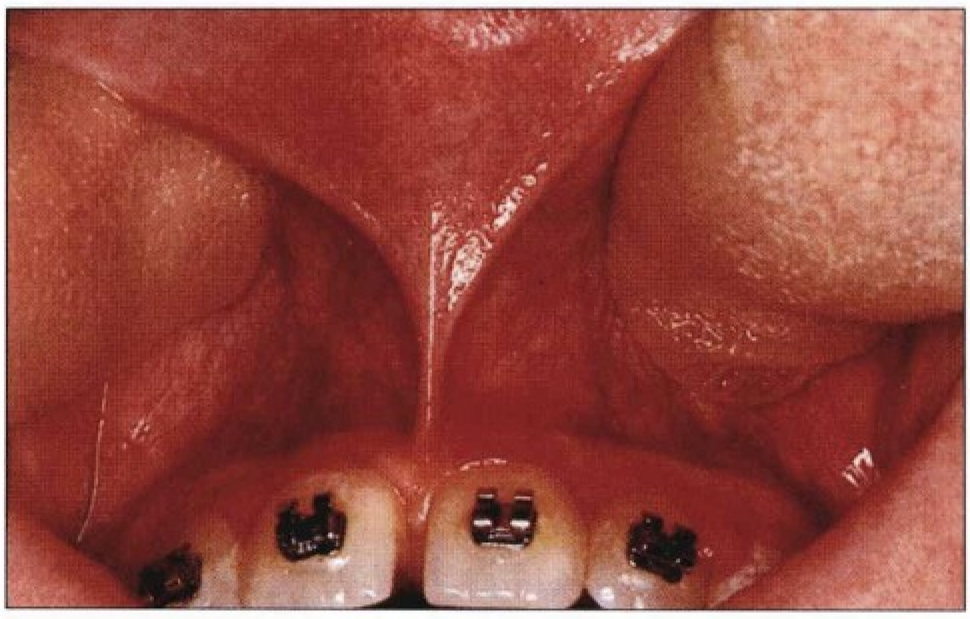


上图展示的是转诊前一年正畸治疗开始时拍摄的曲面断层片，显示了很高的患龋率，右上颌磨牙区两个磨牙患龋，一个残根。前牙区咬合片证实上颌正中无多生牙，上颌中切牙形态和结构正常。



手术操作

手术部位

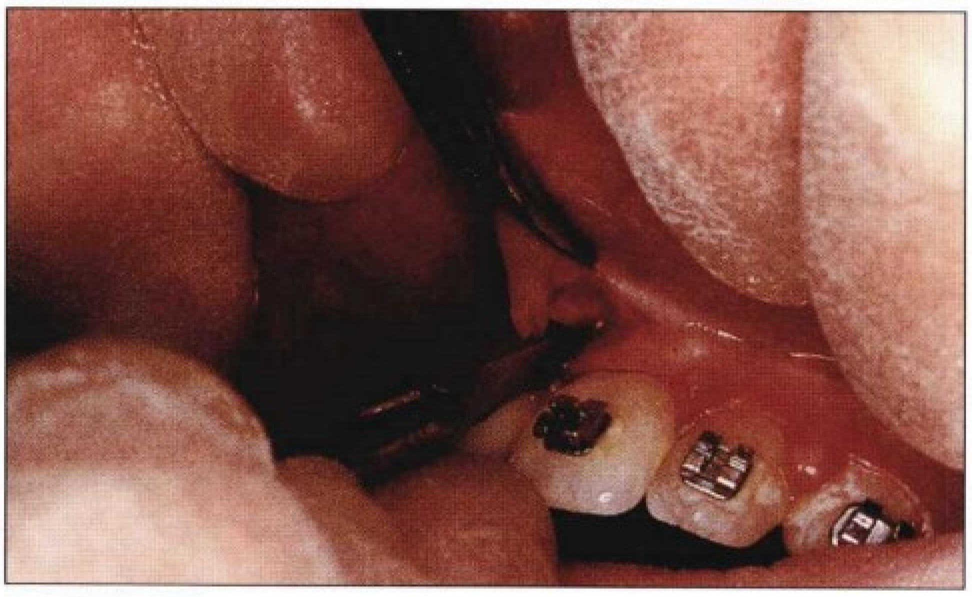


■ 在前庭沟于系带任何一侧用手指牵拉上唇，可明确系带附着点。助手的双手手指抓紧并外翻上唇，这样的协作是很有必要的，不仅可以牵开上唇，而且有助于闭合上唇血管，减少出血。

切除系带



1 用弯止血钳夹住系带。



2 在系带基底一侧做一个切口，即可将系带松弛。



3 手术刀沿止血钳的背面切开完成系带切除。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注



4 移除被切除的组织。



5 形成一个钻石样的组织缺损。

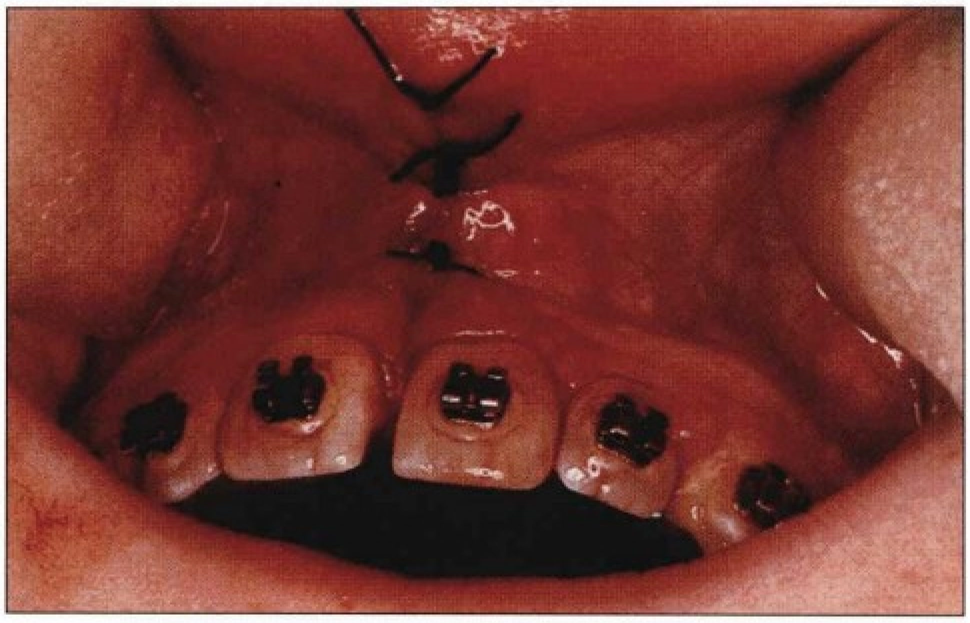


关创

1 第 1 针缝合切口的基底部，以便拉拢创口边缘使它们向附着于前庭沟深处的骨膜上靠拢。

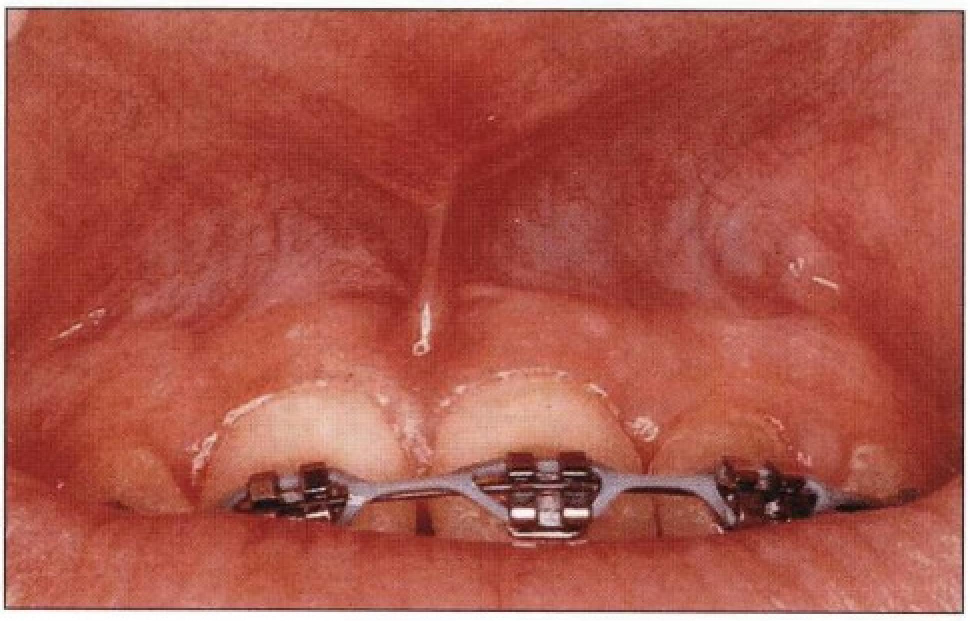


2 进一步缝合关闭切口的唇侧部分。如果牙槽骨暴露过多或者出血不容易止住，可用牙周塞制剂敷裹创口。



3 这个病例只需要再缝合两针。

复诊



■ 3 个月后，创口已愈合良好，上颌中切牙间隙差不多已关闭。实际上术后瘢痕比这张照片上看到的更不明显。

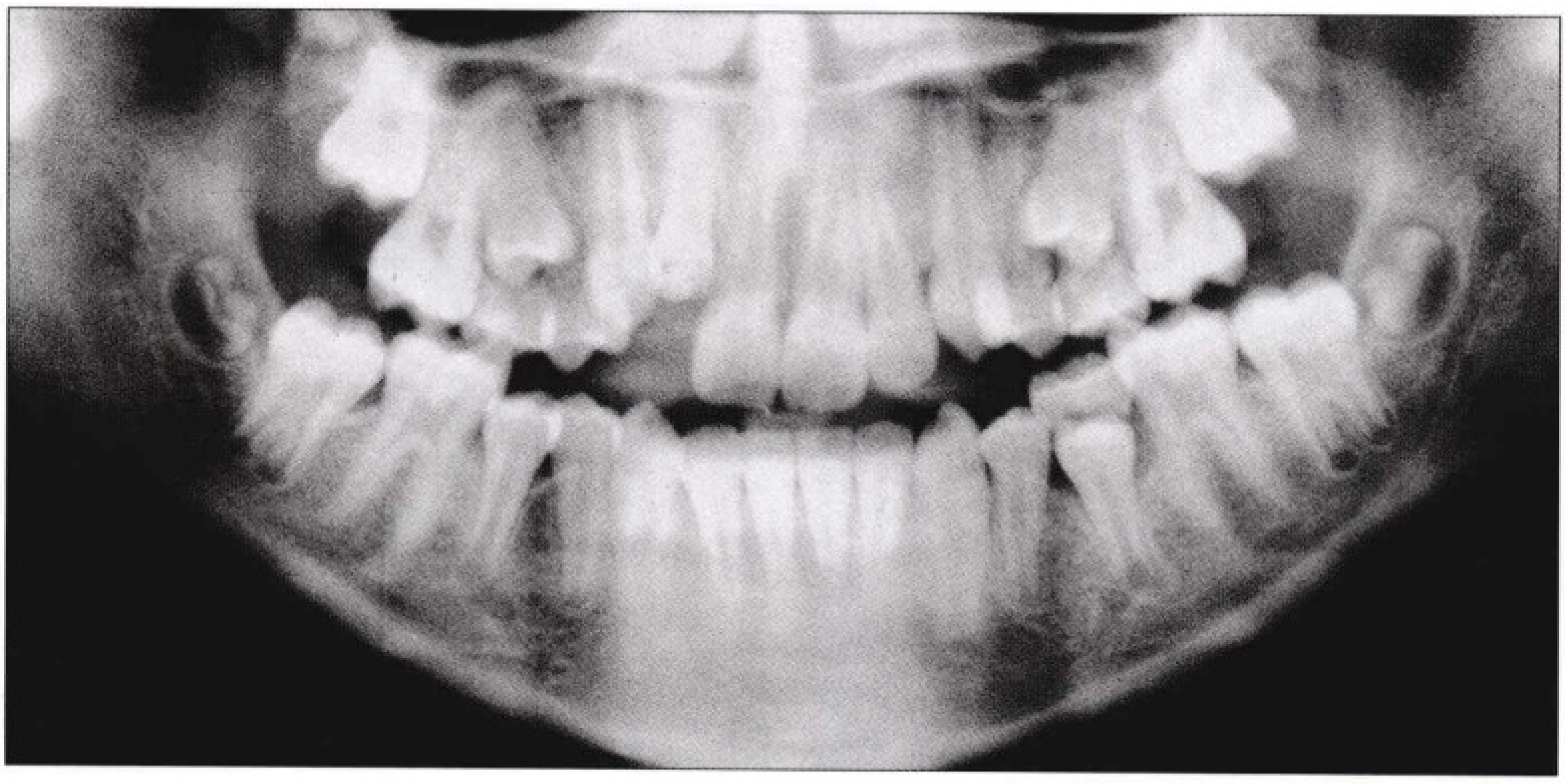
PDG

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

多生牙拔除及上颌侧切牙开窗术

FF，12 岁，女中学生，上牙列轻度拥挤，右上颌侧切牙未萌出，属于轻度安氏 Ⅲ 类、骨性 Ⅲ 类错𬌗，轻度高角（FMA/FH- 下颌平面角略大）。曲面断层片显示一小多生牙导致右上颌侧切牙阻生。由于这个多生牙无法看到，在颊侧也无法触及，所以推断多生牙应该位于右上颌侧切牙牙冠的腭侧。鉴于多生牙位置表浅，建议局麻下拔除。患者同意此治疗方案。该名患者虽偶患哮喘、湿疹和花粉过敏症，但身体仍非常健康。

影像学分析



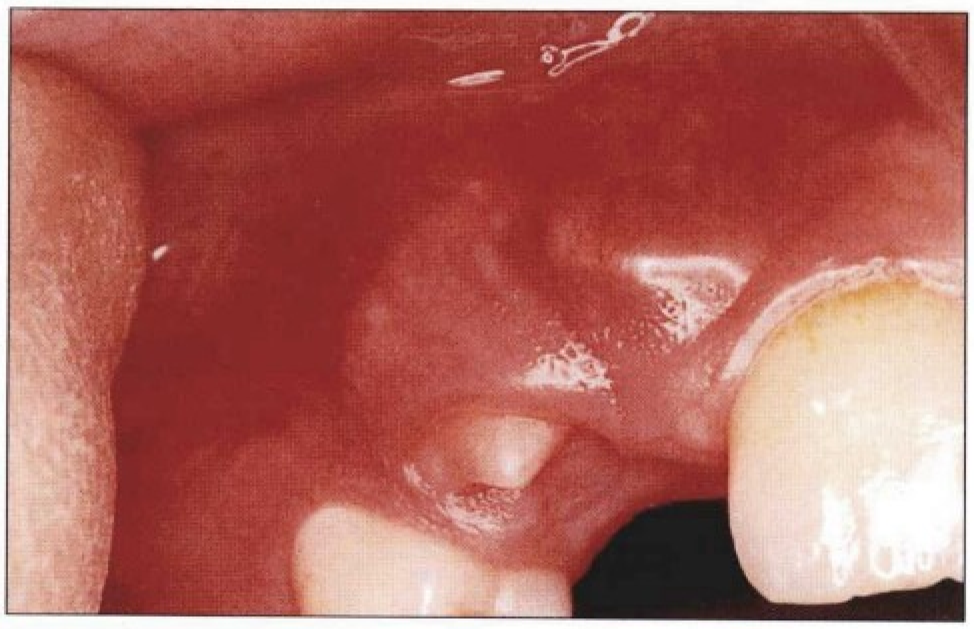
上颌前部𬌗片显示拥挤的混合牙列，其中有一外形正常的右上颌侧切牙尚未萌出。另外，曲面断层片上可以看到多生牙位于右上颌侧切牙舌侧嵴的上方。咬合片清晰地显示多生牙斜跨过右上颌侧切牙的牙冠，牙冠切端朝向远中。



手术操作

手术部位

■ 透过覆盖其上菲薄而又紧绷的黏膜可以清晰地看到侧切牙的切缘。



切口

1 仅沿侧切牙切缘做切口。

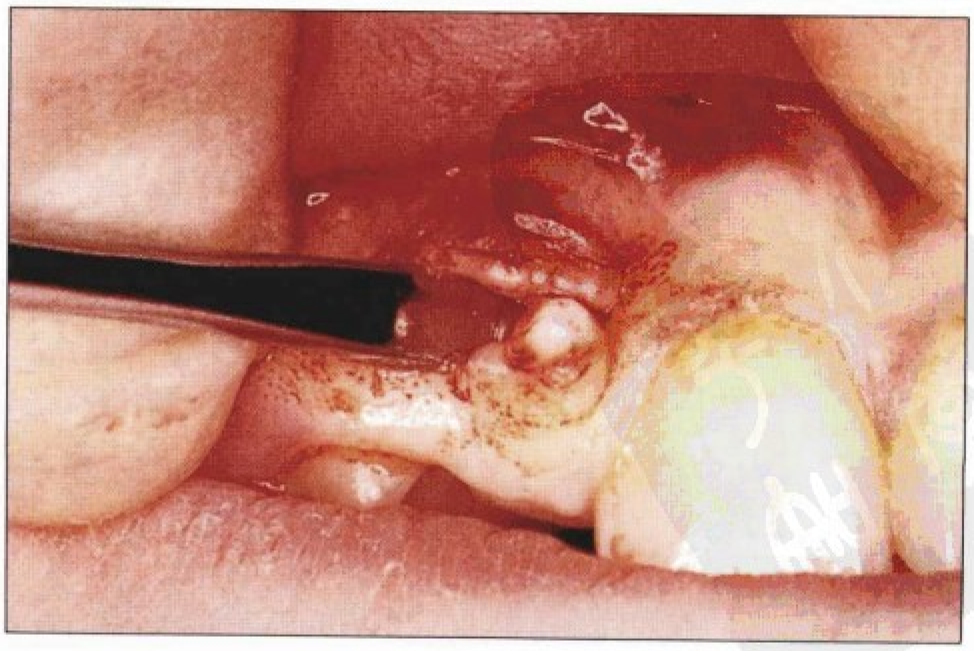


2 用直的 Warwick-James 牙挺将菲薄的黏膜边缘向根尖方向推开，以暴露术野。

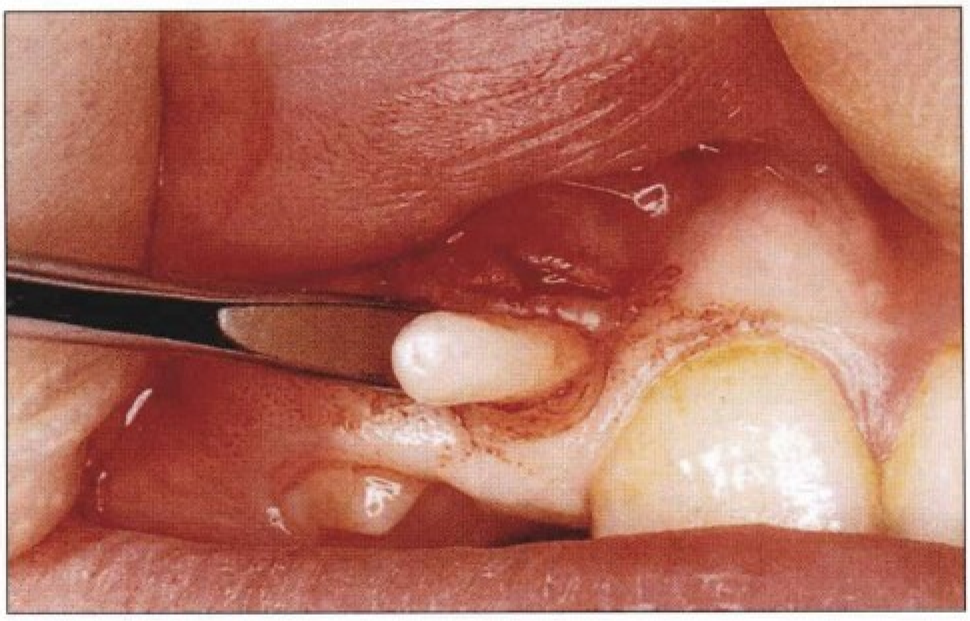


挺出牙齿

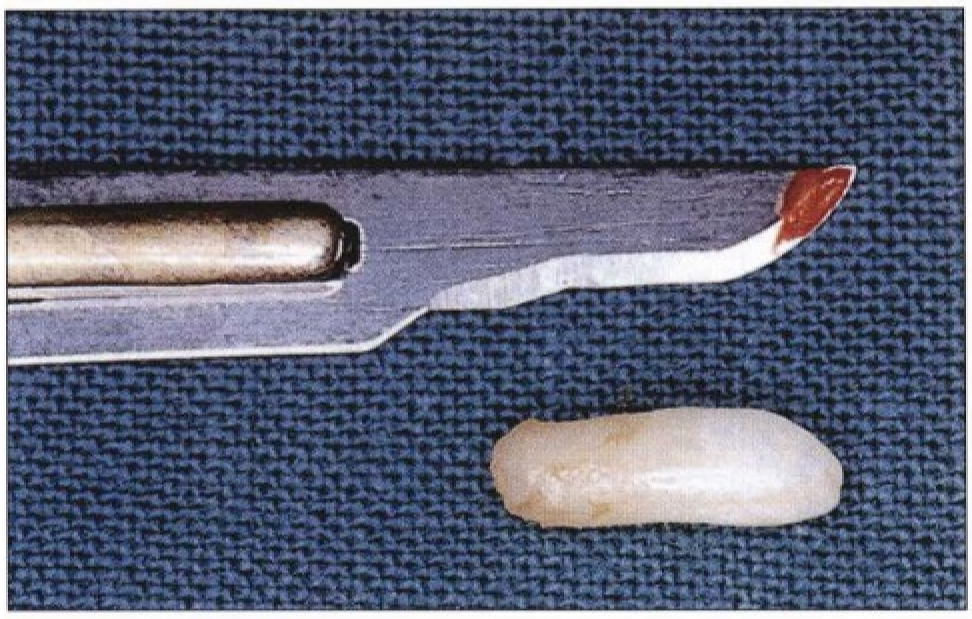
1 牙挺从侧切牙牙冠的腭侧面插入。



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注



2 用 Warwick-James 牙挺向近中向上将多生牙从隐窝中挺出。



3 过小锥形牙。

复诊



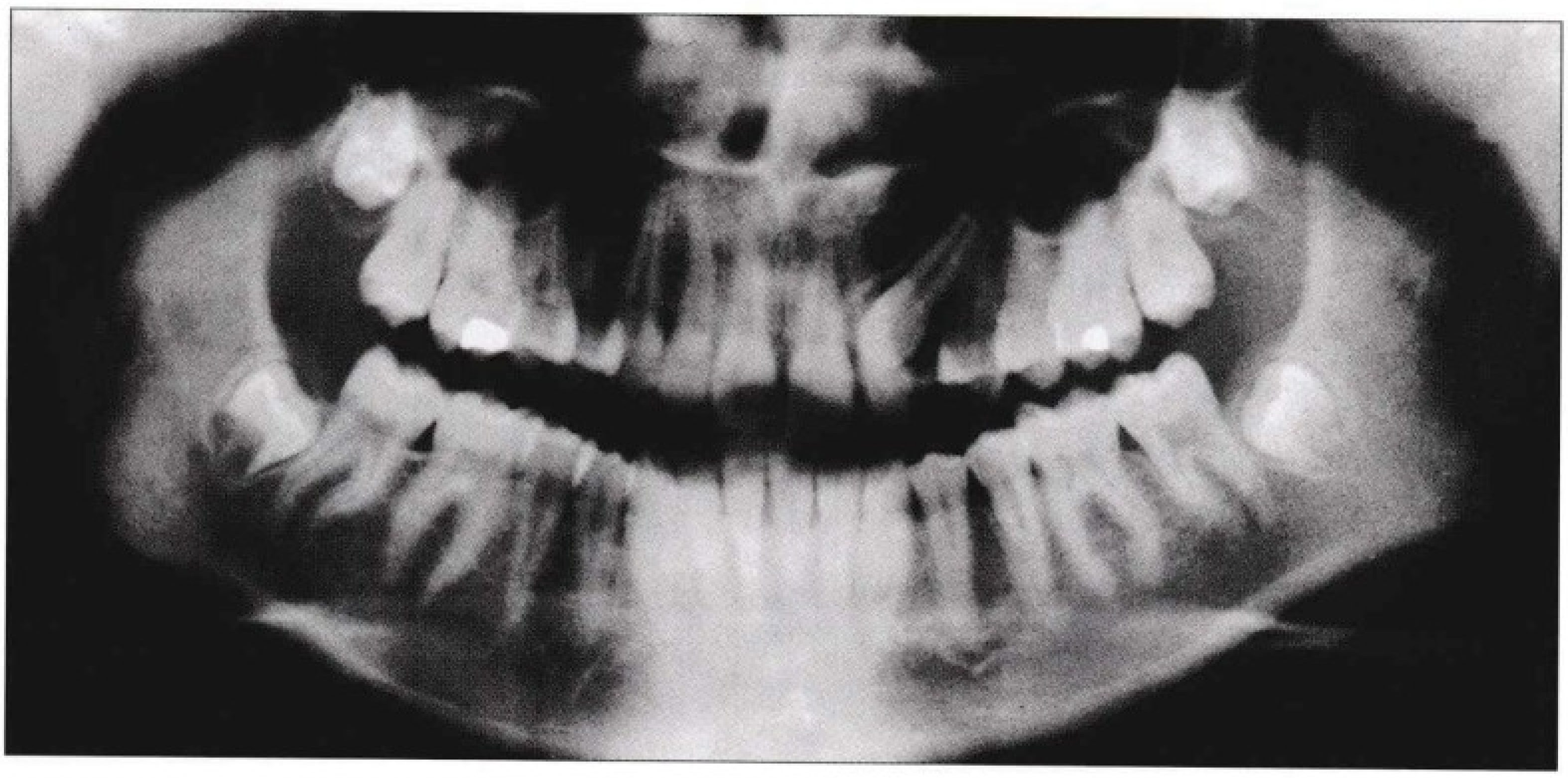
■ 上颌第二乳磨牙和第一前磨牙已拔除。3 个月后，用上颌活动矫治器牵引正在萌长的右上颌尖牙，并为右上颌侧切牙长到正常位置上腾出间隙。

PDG

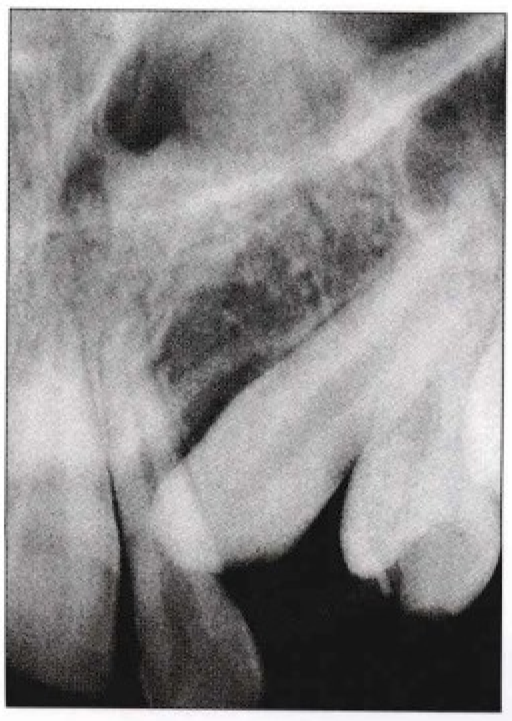
上颌尖牙开窗术

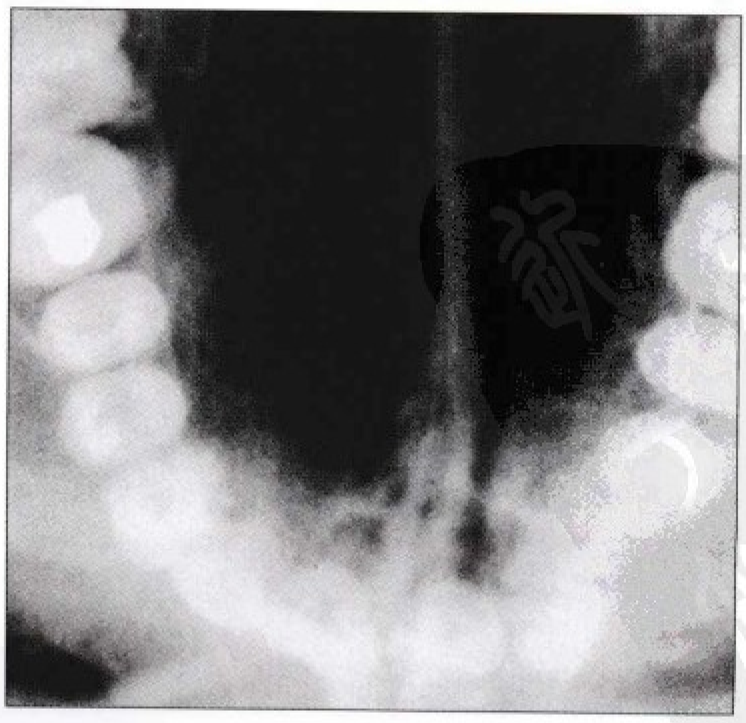
MD，13 岁，女中学生，左上颌尖牙错位未萌，上牙列拥挤，中线右偏，属于安氏 I 类切牙关系、骨性 I 类错殆。建议拔除左上颌松动的滞留乳尖牙及 4 个第二前磨牙。第一阶段的治疗方案是拔除乳尖牙并施行恒尖牙开窗术。患者同意在局麻下完成上述手术。

影像学分析



该患者属恒牙列期，有一乳尖牙滞留，牙根几乎全部吸收。全口几乎没有龋齿，但右上颌第一磨牙的银汞合金充填体下似乎存在继发龋。左上颌恒尖牙是倾斜的，其牙冠与侧切牙部分重叠。根尖片显示恒尖牙形态、大小正常，并证实乳尖牙牙根大部分吸收。上颌前部殆片清晰地显示该恒尖牙的牙冠尖端位于侧切牙的腭侧。



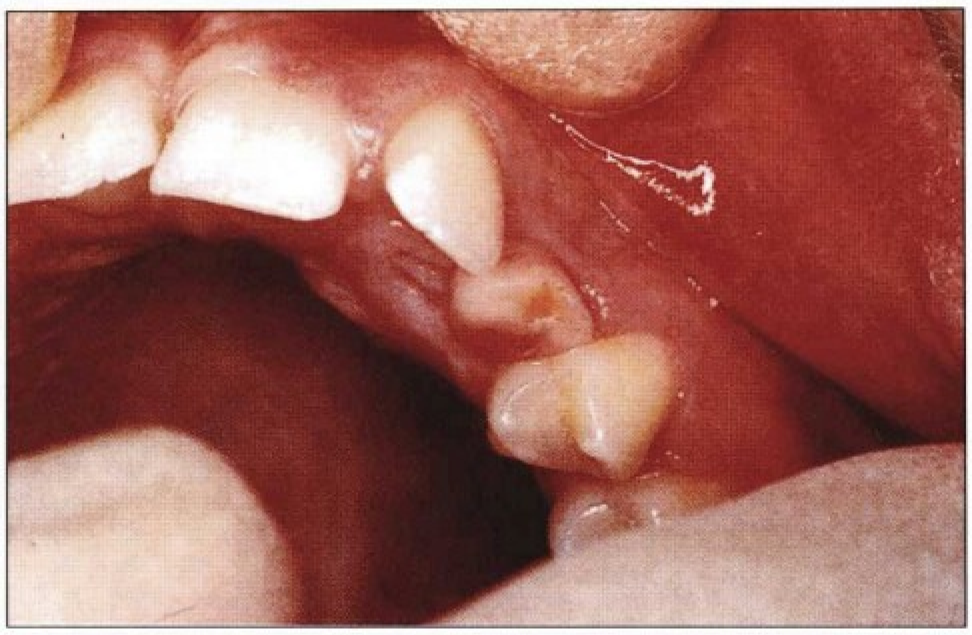


公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

手术操作

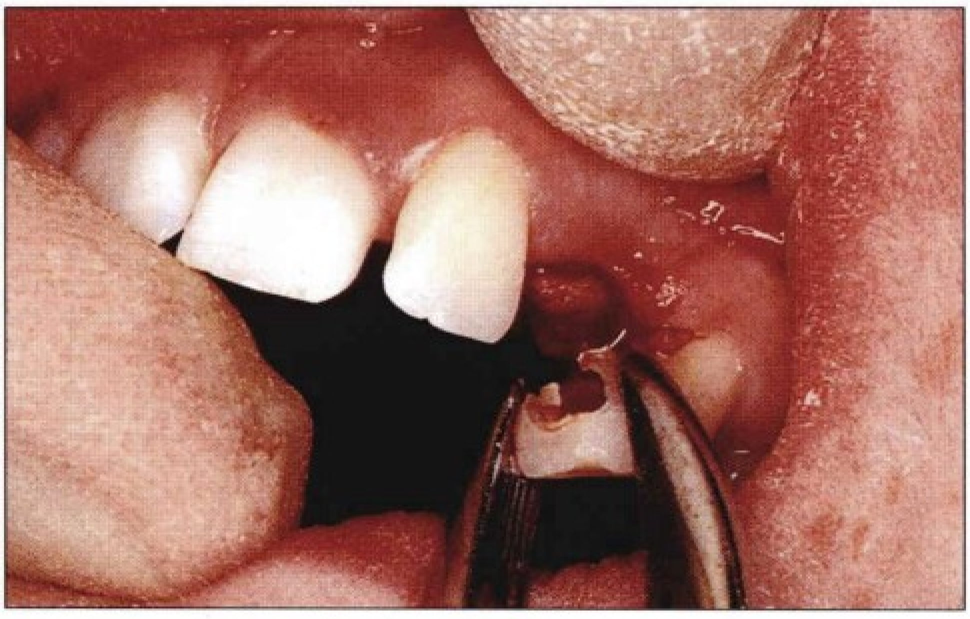
手术部位

■ 左上颌中切牙切端缺损，乳尖牙滞留，未萌出的恒尖牙腭侧膨隆。在附着龈范围内施行开窗手术即能暴露牙齿。



拔除

■ 牙钳轻松地拔除乳尖牙。



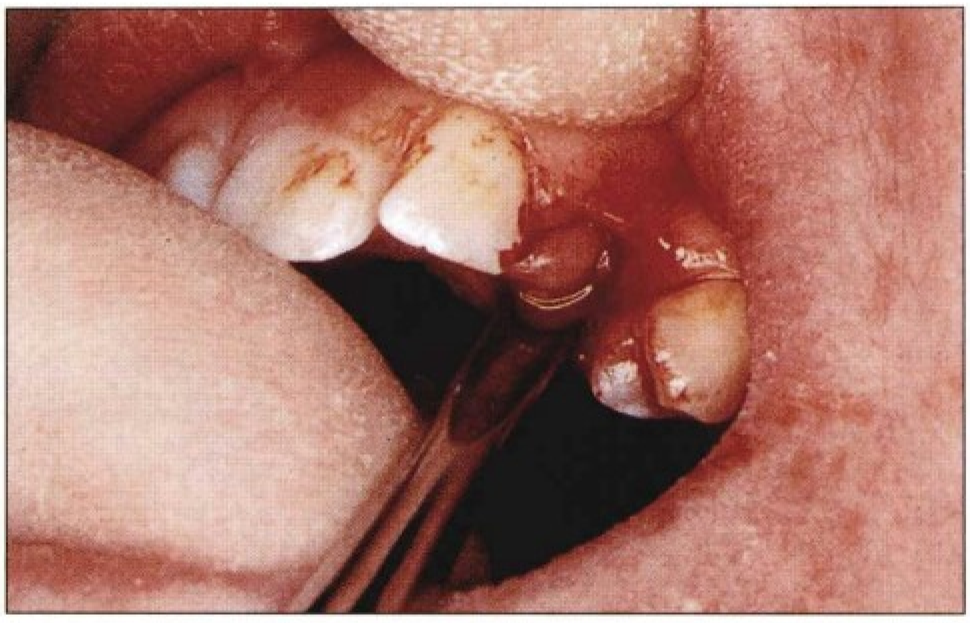
开窗

1 咬骨钳咬除牙冠上的浅层组织。



2 手术刀切除腭侧组织。



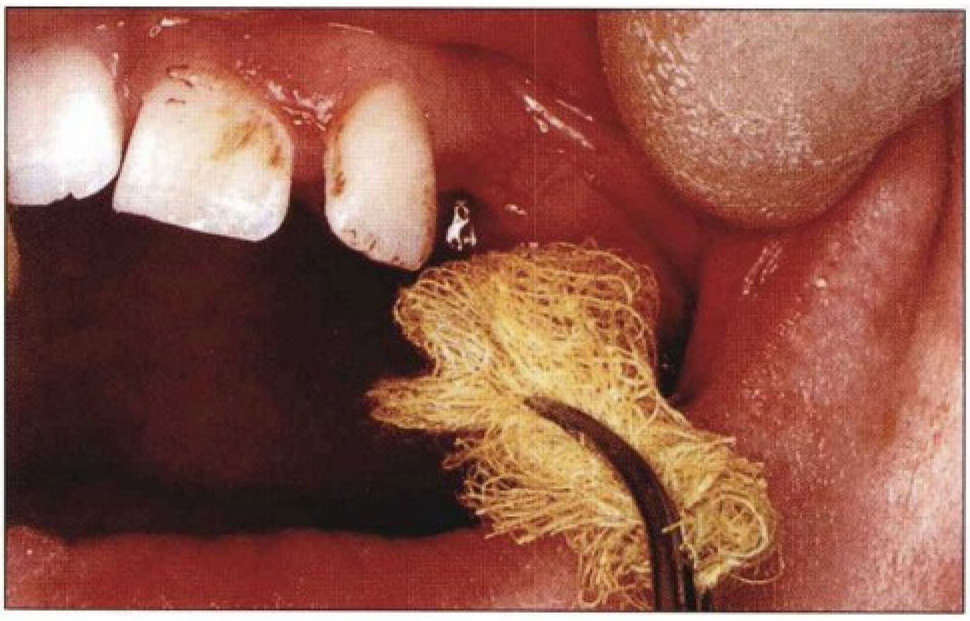


3 用 Coupland 牙挺将龈组织从新暴露的牙冠向后推开，这也将在骨组织中为恒尖牙萌长创造一些空间。

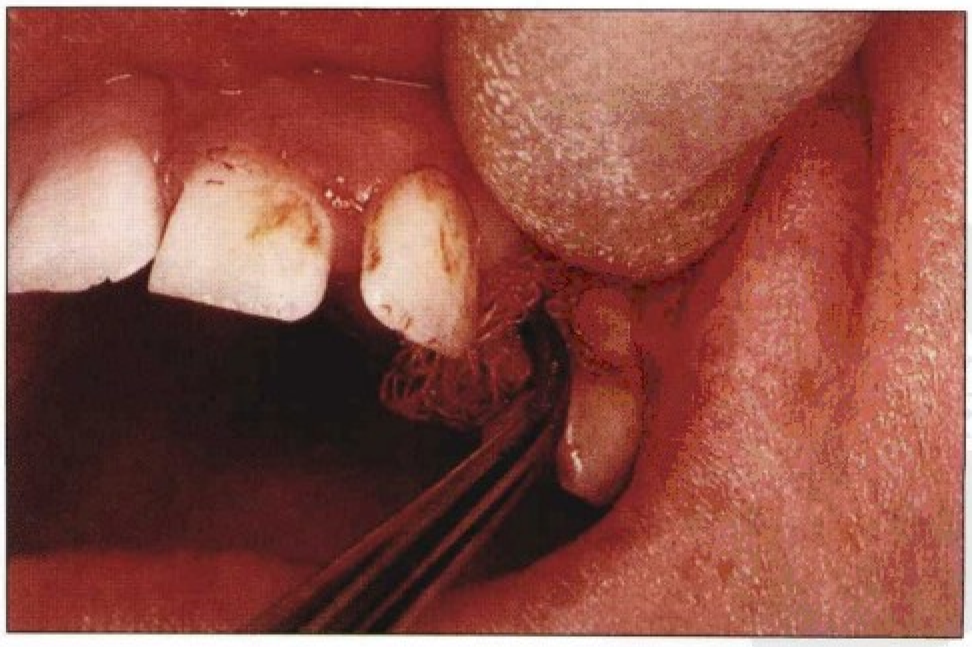


敷裹

1 用石蜡油润滑上下唇，以防填塞纱条摩擦上下唇及面部皮肤。

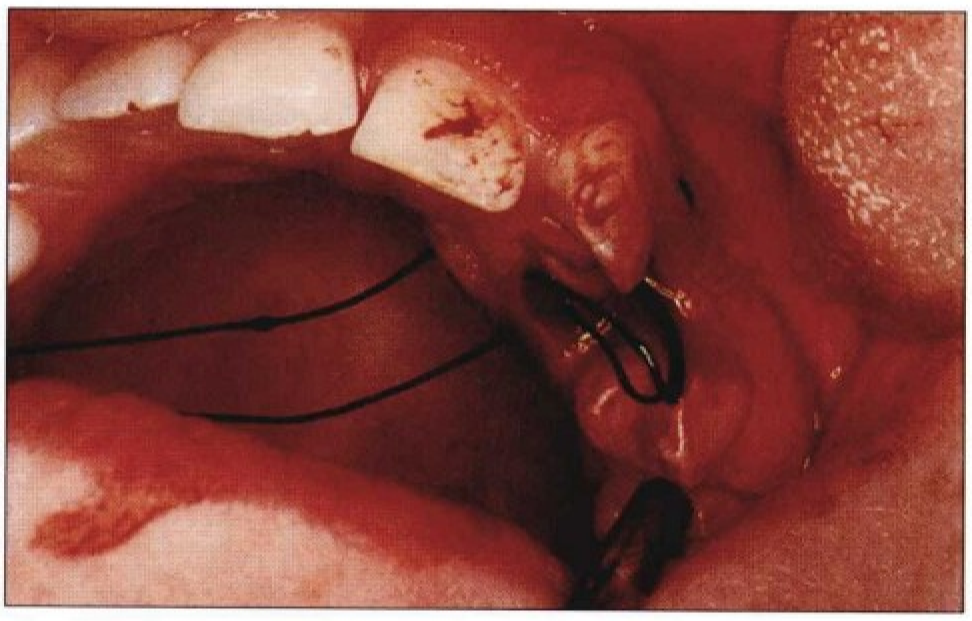


2 1cm长的纱条，在碘仿中浸泡后再用拭子吸干。

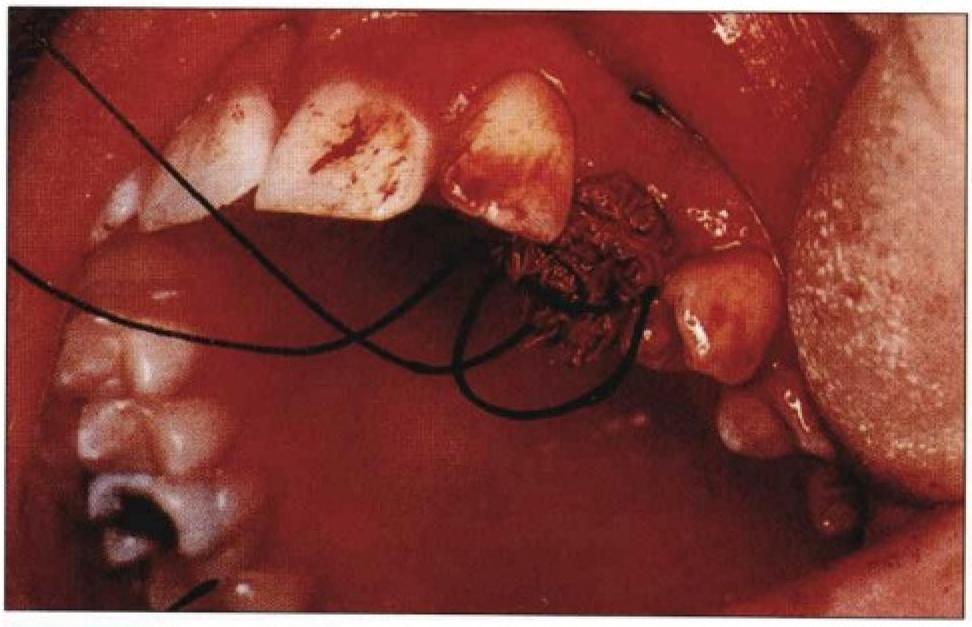


3 把碘仿纱条覆盖于暴露的牙冠上并将其塞入颊腭侧的软组织下。

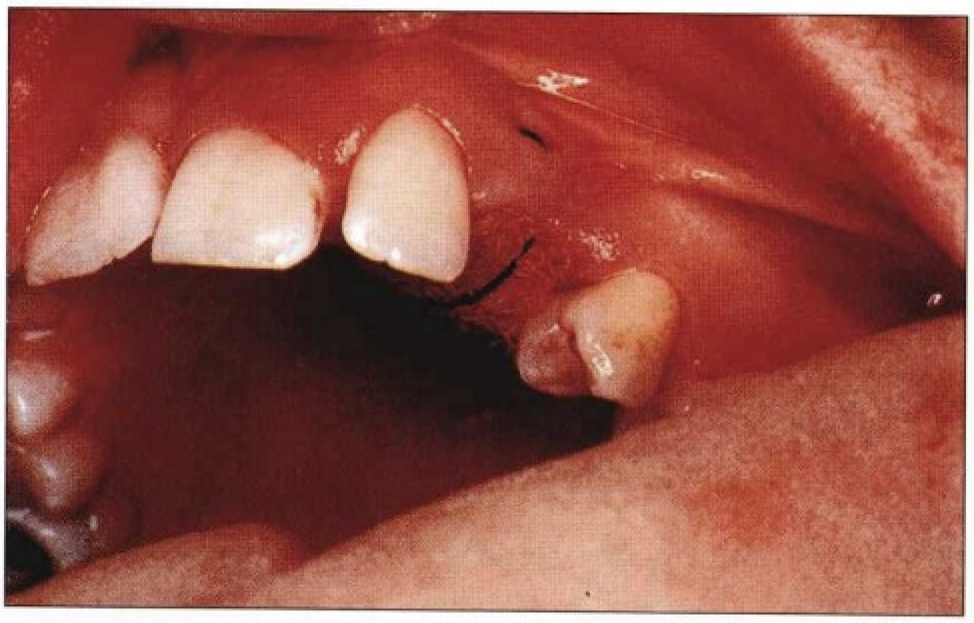
公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注



4 缺乏支撑填塞物会不牢靠，因此在缺损处使用褥式缝合并在中央部分形成襻环。

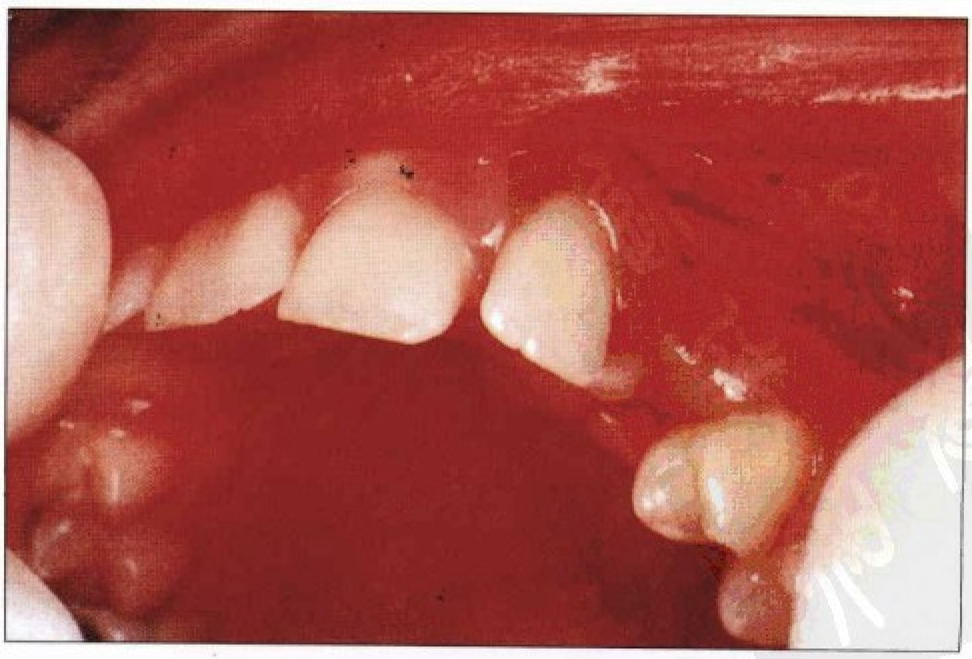


5 然后把填塞物重新置入襻环之下，逐一拉紧线头使襻环缩紧在一起。



6 结扎缝线并剪掉线头（这种缝合通常在颊侧结扎）。

复诊



7 天后取出填塞物，创口愈合良好。如果开窗较大，创面暴露较多，填塞物可能就要放置 10～14 天。可在暴露的牙冠表面上黏结托槽或附着体，初期愈合后，可使用牵引力引导或加速牙齿萌出。

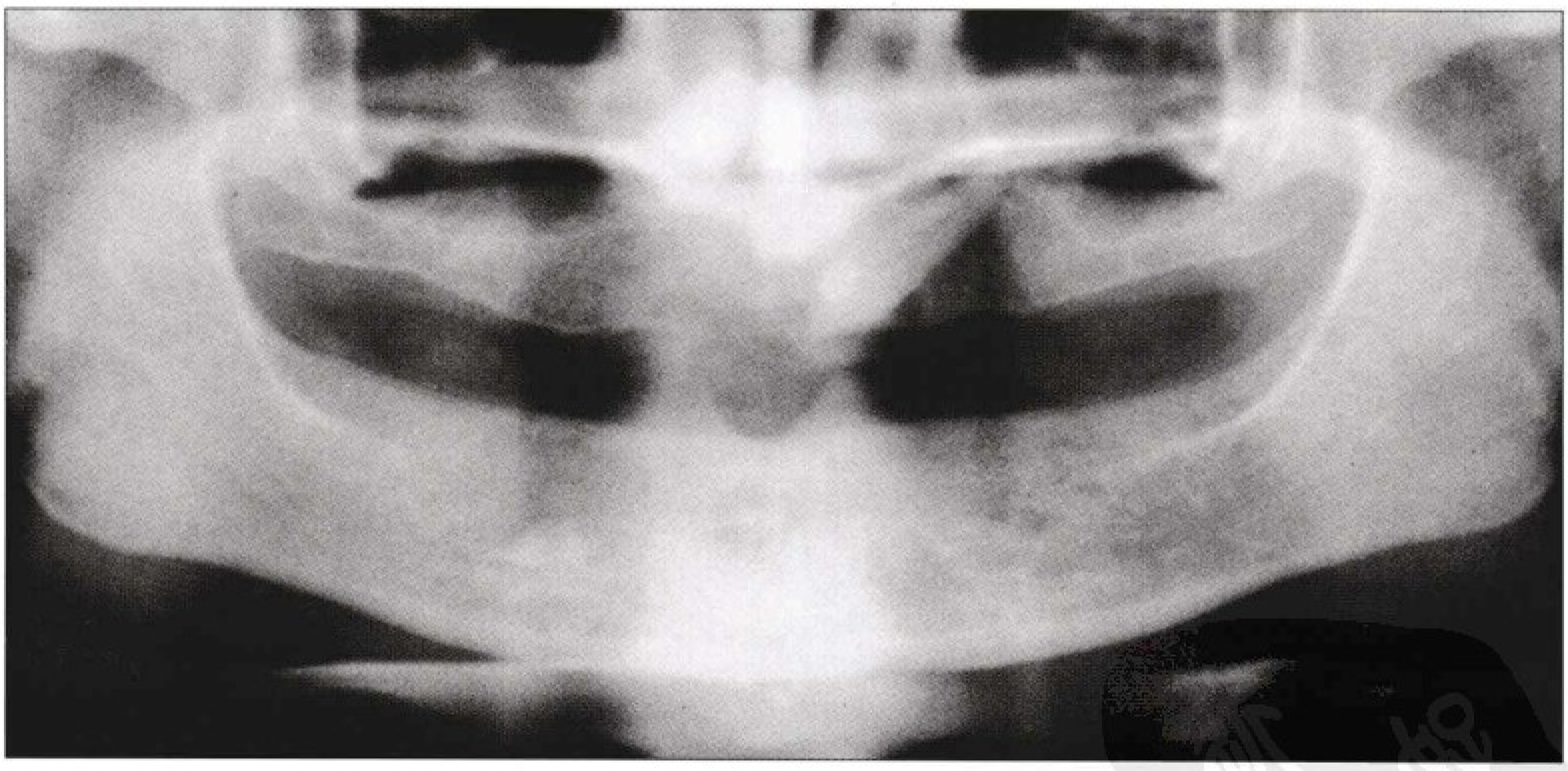
9 修复前手术

Prosthodontic Surgery

无牙颌牙槽嵴修整术

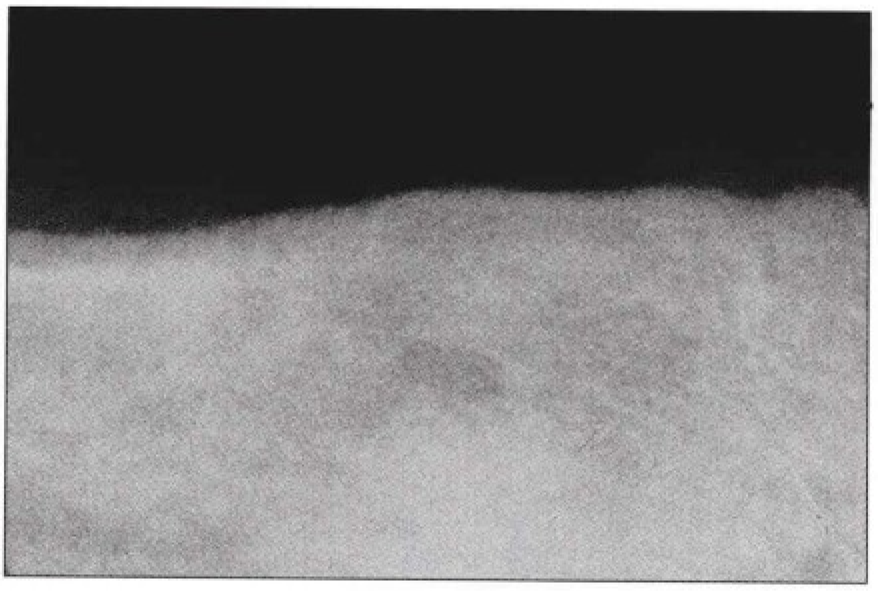
MMcM，43 岁，家庭主妇，主诉下颌义齿下方右侧前牙区疼痛，义齿经调改后疼痛仍然存在。临床及 X 线检查均未发现明显的局部原因，且疼痛为广泛性的，而非局部压痛。计划局麻下实施探查术并修整骨嵴。拟行该手术除了期望有一个良好的结果外，也是对患者要求的积极回应。如果手术对患者没有任何意义，则患者不会同意进行手术。那么，也许对患者进行更全面的检查，寻找心理方面的原因会更有效。

影像学分析



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

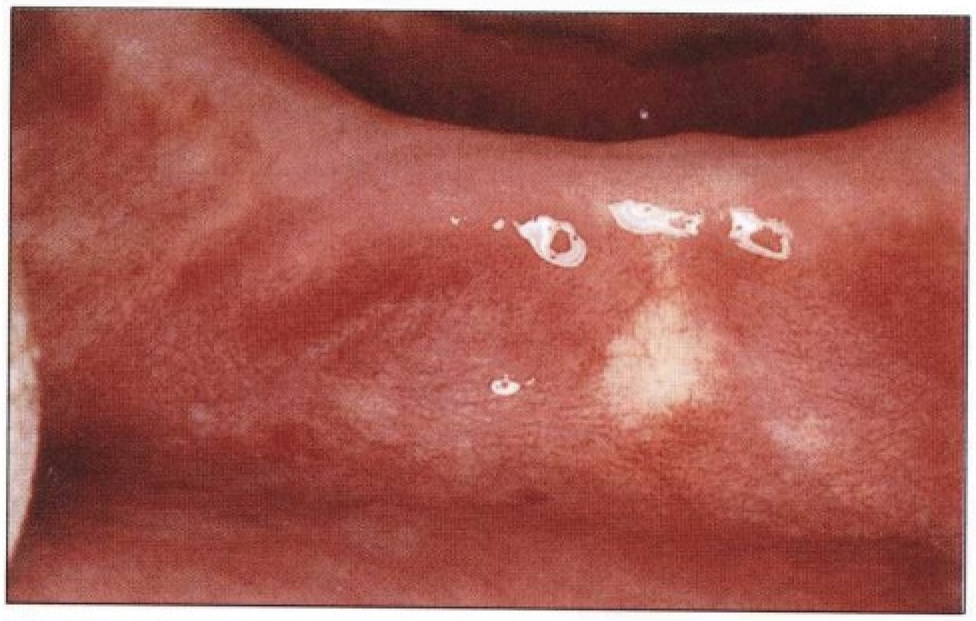
曲面断层片显示，该患者除左上颌尖牙未萌出外其余牙全部缺失。该尖牙位于牙槽嵴顶下方，无相关的病理性变化。在X线片上，下颌前牙区骨质看起来十分平整、规则。通过更清晰的根尖片明确排除了牙根碎片残留的情况，也未见其他病灶。



手术操作

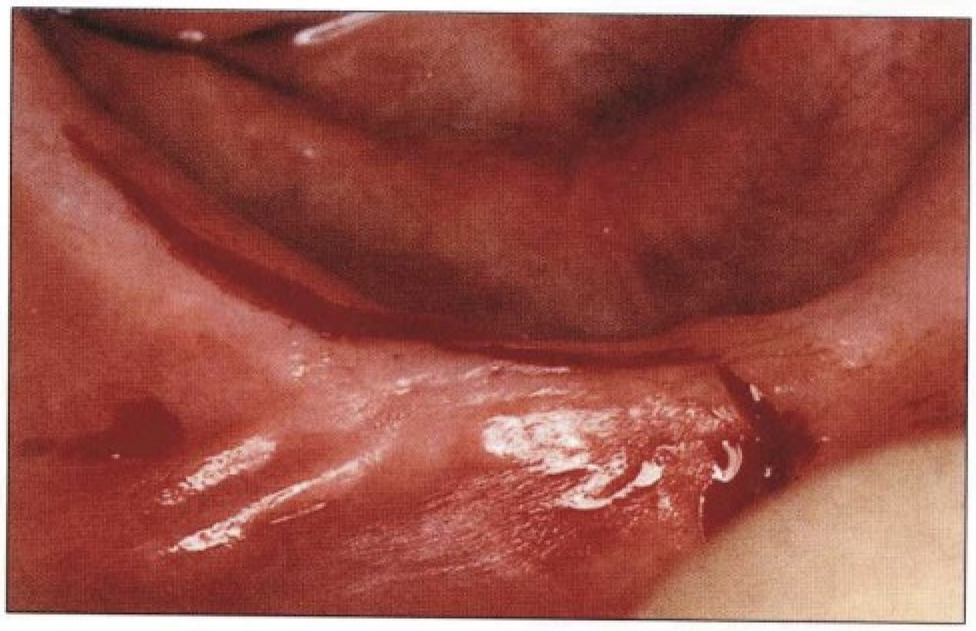
手术部位

下颌无牙颌牙槽嵴顶看起来没有异常，牵拉下唇可使牙槽嵴中央区域发白，但无迹象表明有骨性隆起的存在。



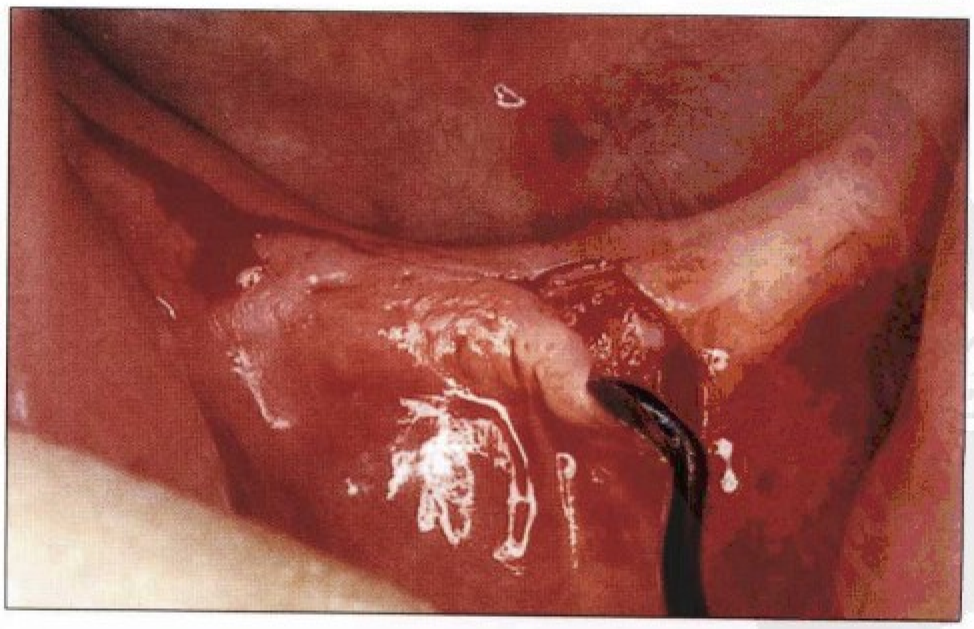
切口

经牙槽嵴顶偏颊侧切开黏骨膜，从磨牙区开始至中线，然后向下做一个小角度的松弛切口。

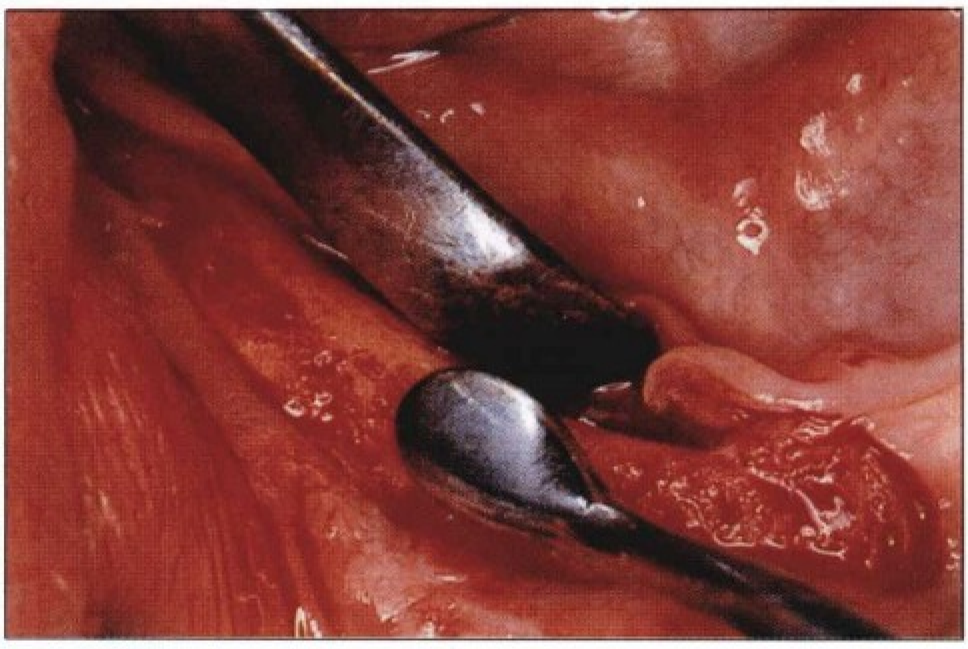


翻瓣

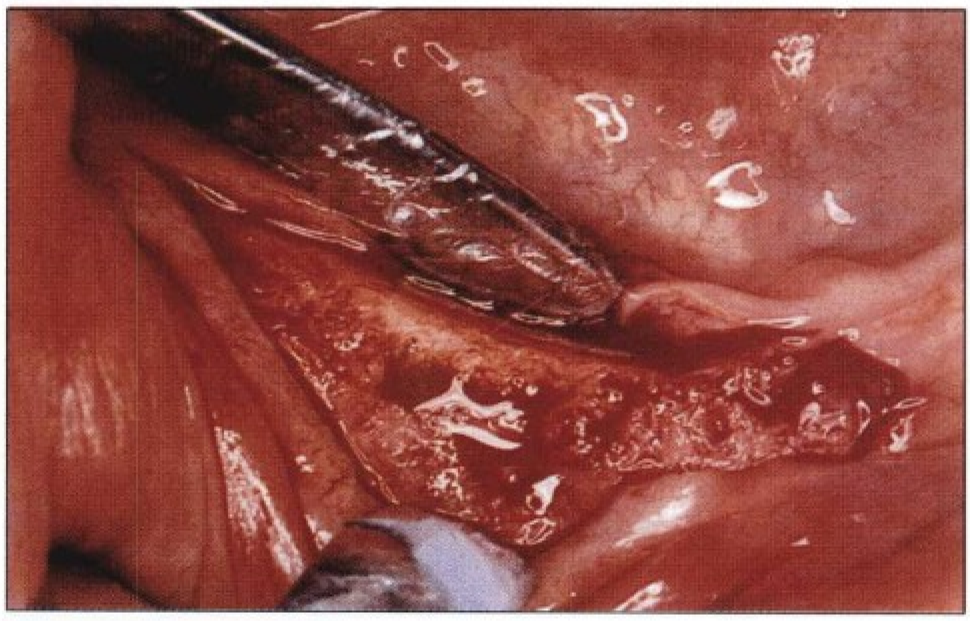
先用 Mitchell 修整器的刮匙端将脆弱的组织翻起，然后插入 Howarth 骨膜剥离器。



骨修整

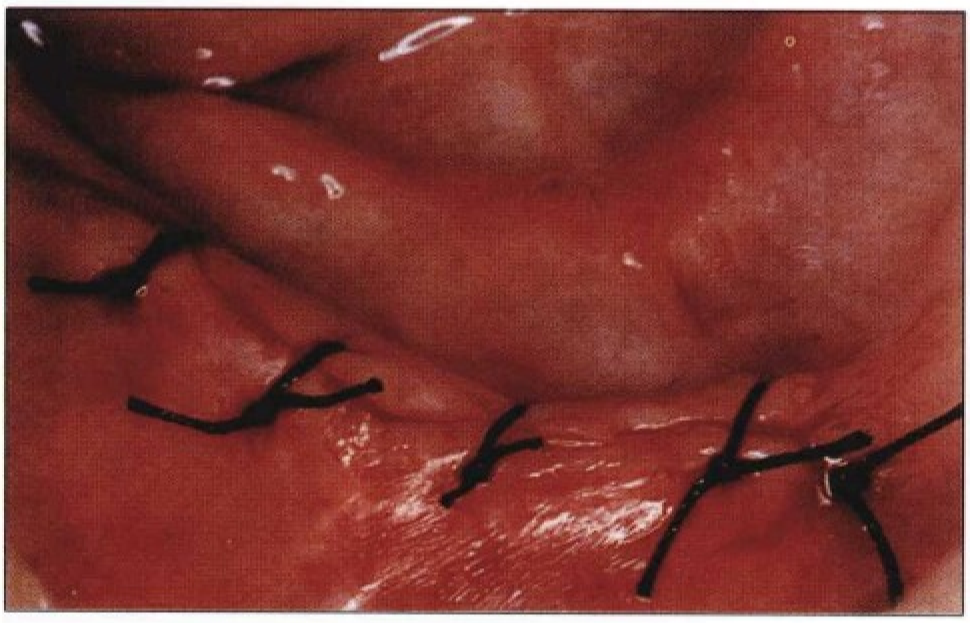


1 当牙槽嵴颊舌侧充分暴露后，检查牙槽嵴的表面和外形有无异常，并用小骨锉修平。



2 修整后的牙槽嵴顶皮质骨。

关创



缝合 5 针关闭创口，从前端的角形切口开始缝合第 1 针。

复诊



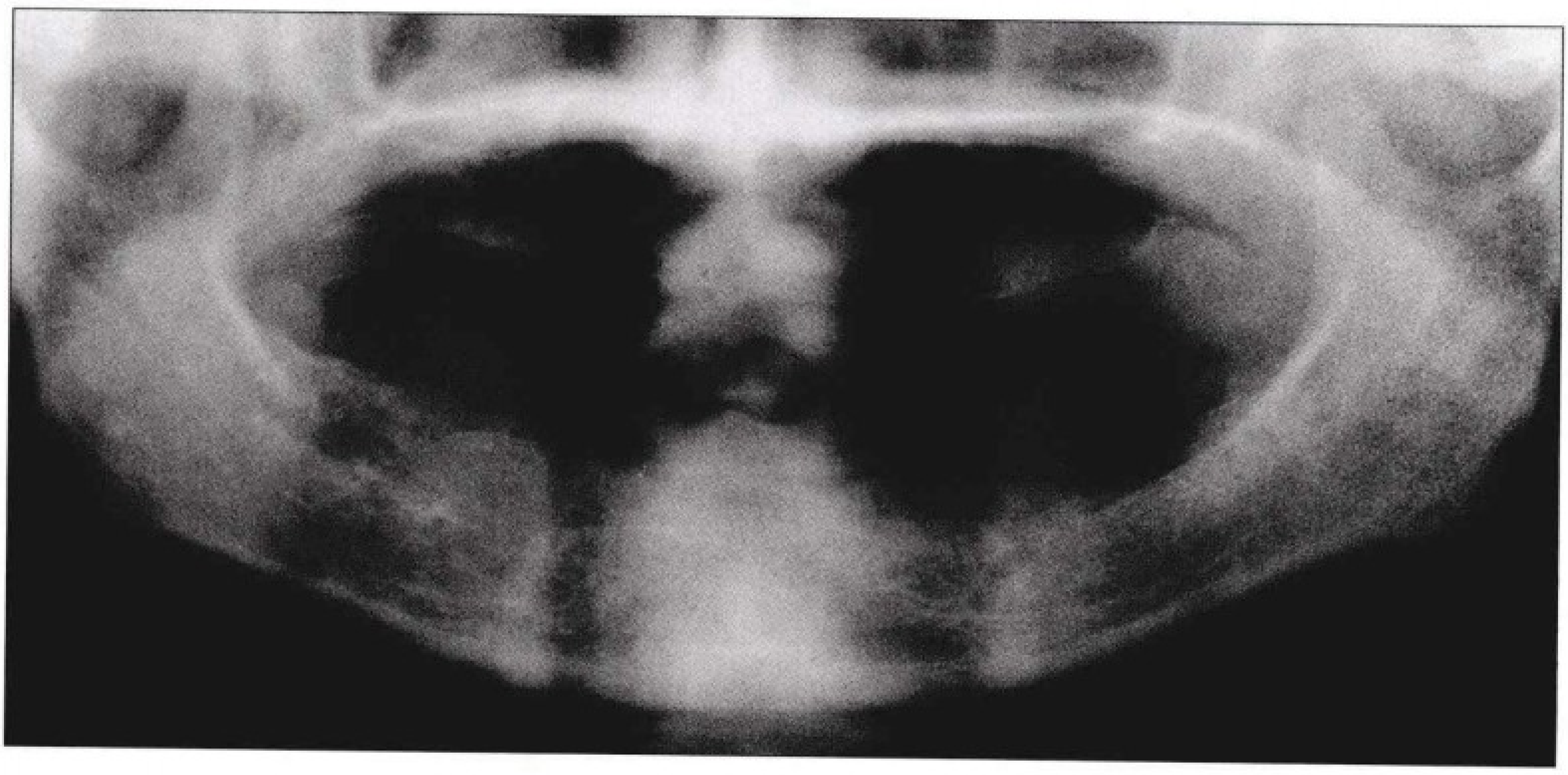
1 周后拆线，创口愈合良好。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

纤维结节切除术

HM，45 岁，香水顾问，要求在制作新的上颌义齿之前修整宽大、松弛的左上颌结节。该患者无临床症状，同意在局麻下手术。

影像学分析



曲面断层片显示该患者全口无牙。可以看到宽大的左上颌结节轮廓，看起来似乎完全是由纤维组织构成，其下方骨组织的外形和密度非常对称。

手术操作

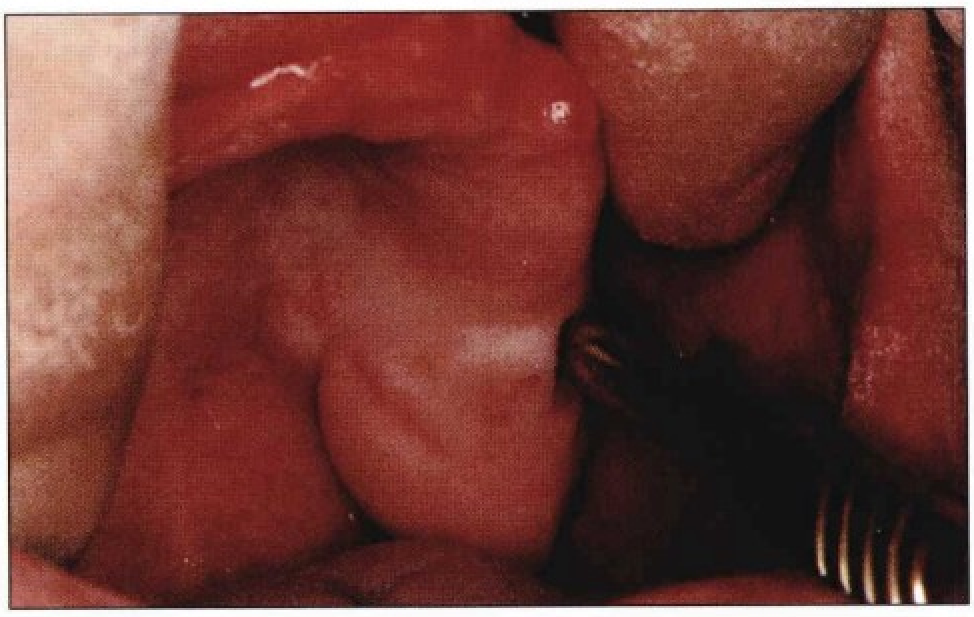
手术部位

■ 左上颌结节可活动，倒凹明显。



切口

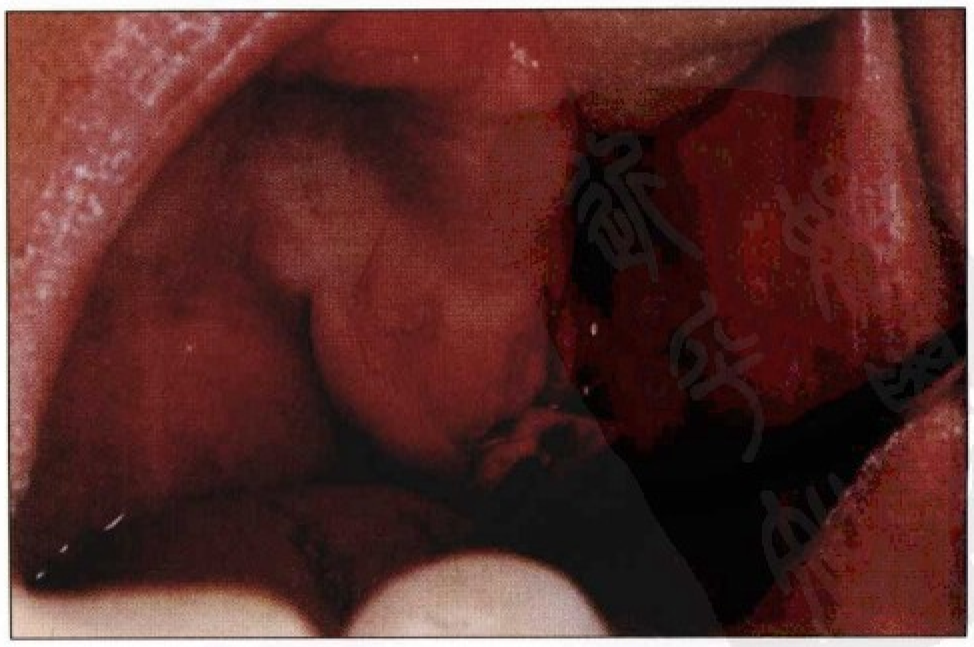
1 大约从第二磨牙区开始切开，向颊腭侧分开，做一“Y”字形切口。



2 标记出一楔形组织以行切除。



3 将楔形组织从基底部分离并切除。



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注



4 用手术刀从基底部边缘切开，以便松弛关闭切口。

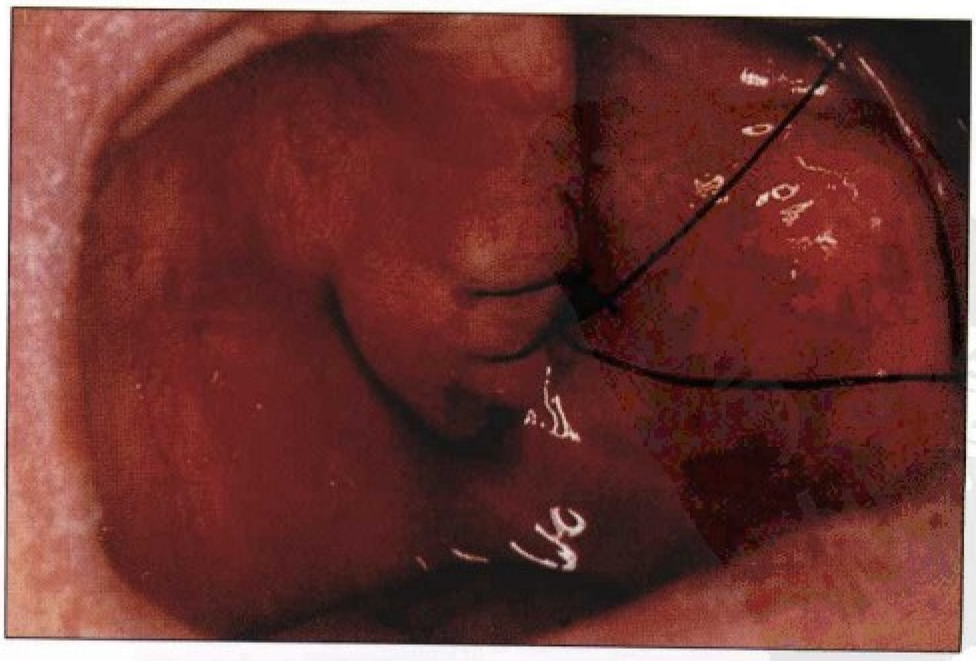


5 用组织镊拉拢组织瓣以确定组织量是否去除适当。



关创

1 将创口边缘拉拢缝合以达到最佳形态。



2 细致地缝合关闭创面。

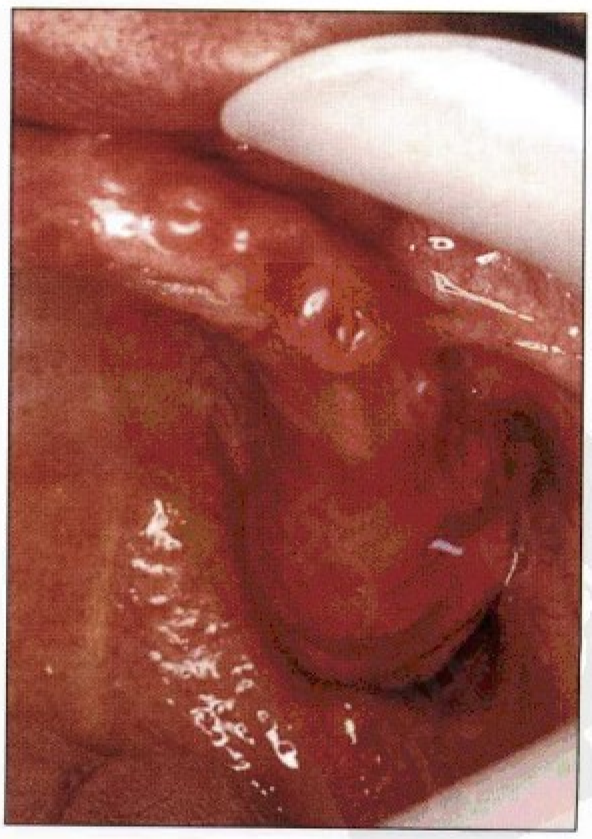


3 可切开深层的骨膜组织，然后以轻度张力缝合。如果判断张力过大，进一步延伸切口。



敷裹

在义齿上使用氧化锌丁香酚糊剂敷料，覆盖创口并保护新鲜组织。



复诊

7天后拆线，创口初期愈合令人满意。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

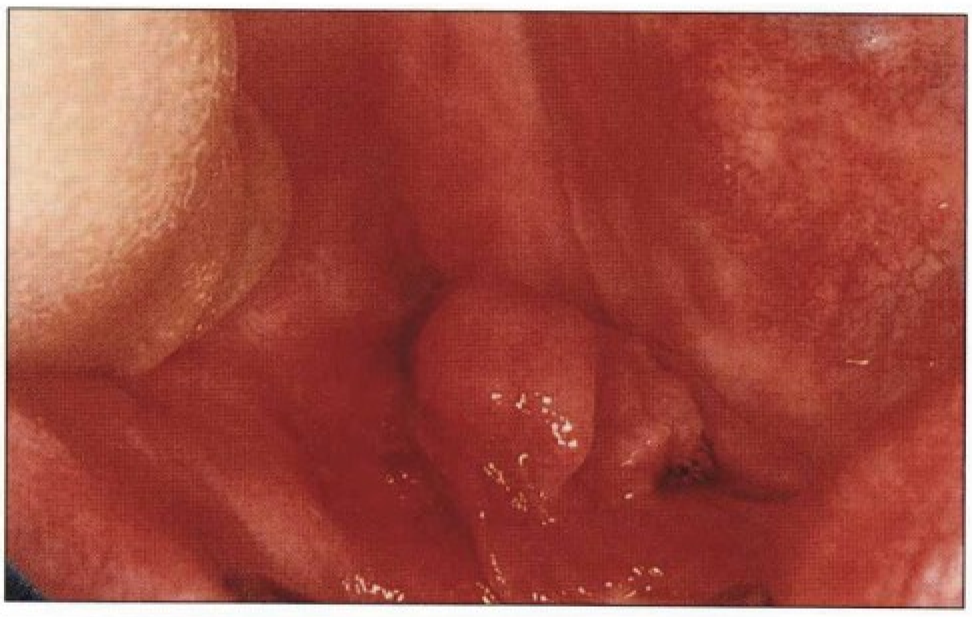
义齿性增生组织切除术

IL，54 岁，家庭主妇，主诉下颌义齿下的右侧牙槽部分长出“一块牙龈”。这块“牙龈”存在已有数月，时有肿大。大约 3 年前该患者就曾要求切除左侧类似的肿物。检查发现此增生性组织形成明显的肿块，在中央有与义齿边缘形态相吻合的凹陷外形。该患者希望继续使用现有的下颌义齿，因此对义齿的相应区域进行磨改，以促进局部炎症消退。预约在局麻下切除增生组织。

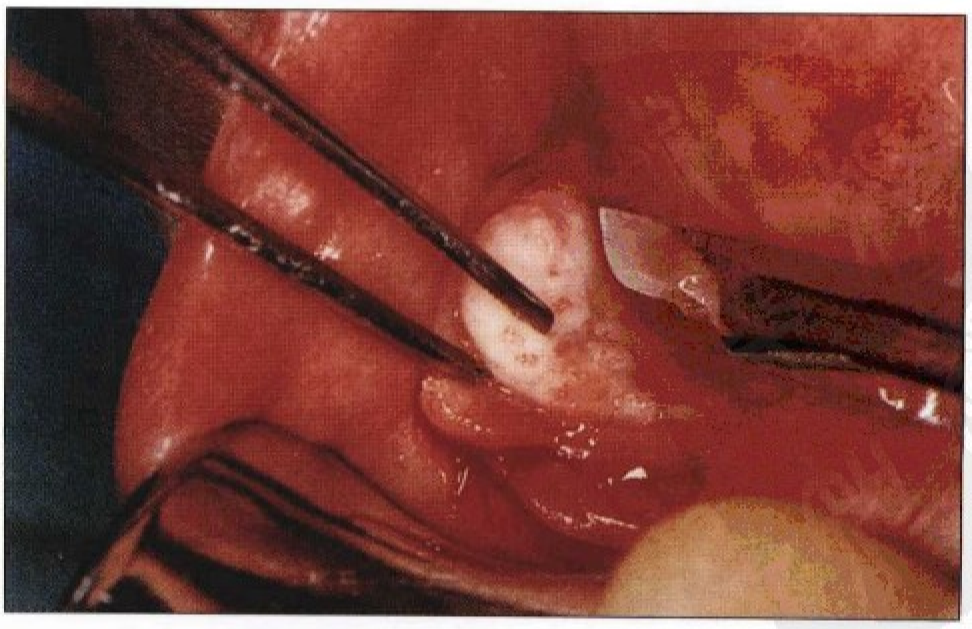
手术操作

手术部位

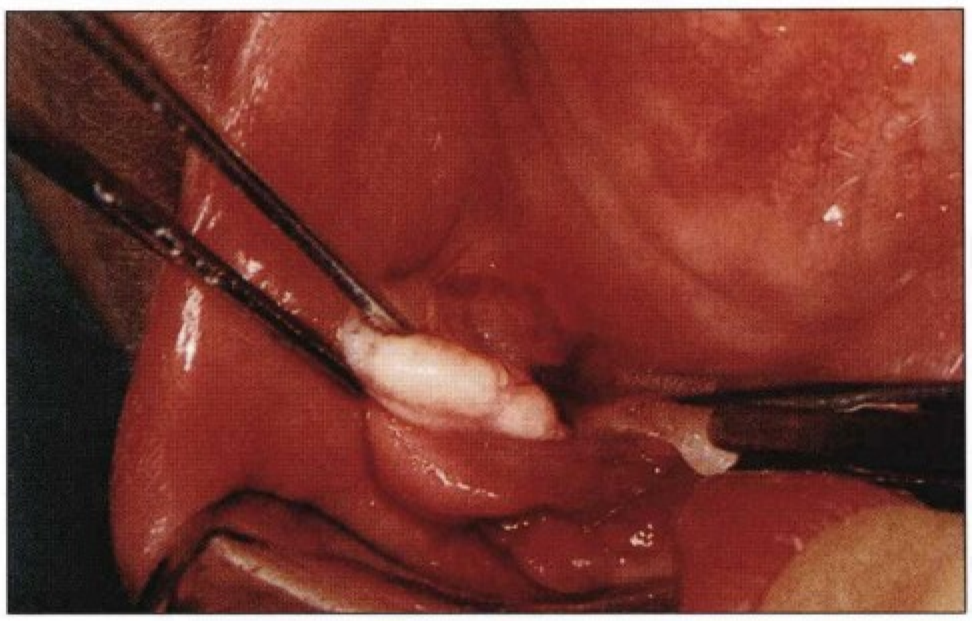
1 在右下颌前庭沟，增生组织形成一短厚的带裂纹的肿块，在其颊侧及前方有一狭小的皱褶延伸。



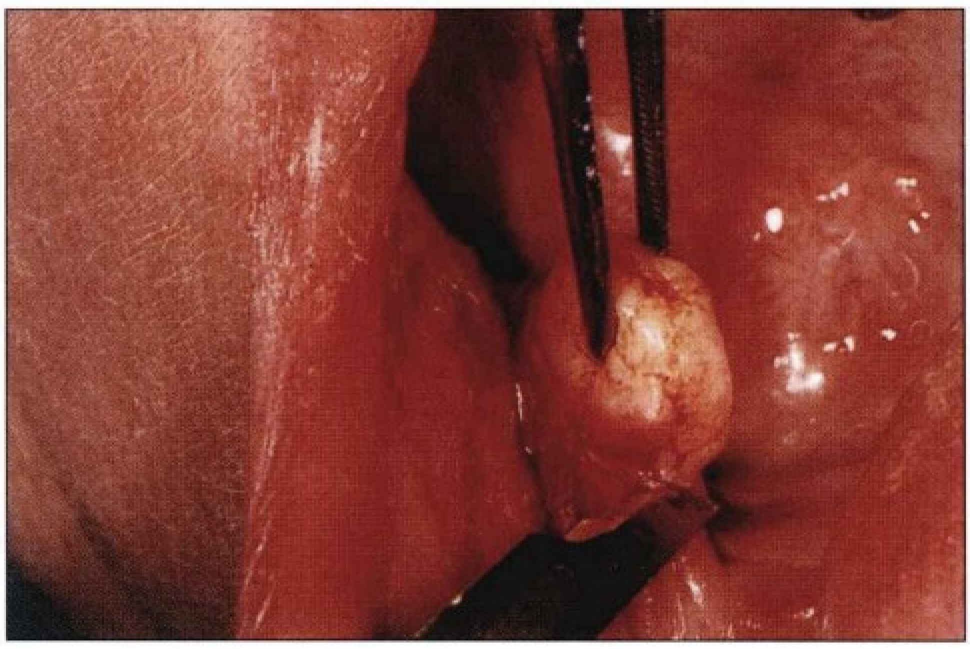
2 在基底部作局部浸润麻醉，组织镊夹紧增生组织的舌侧部分，牵拉组织使之发白以减少其血供。



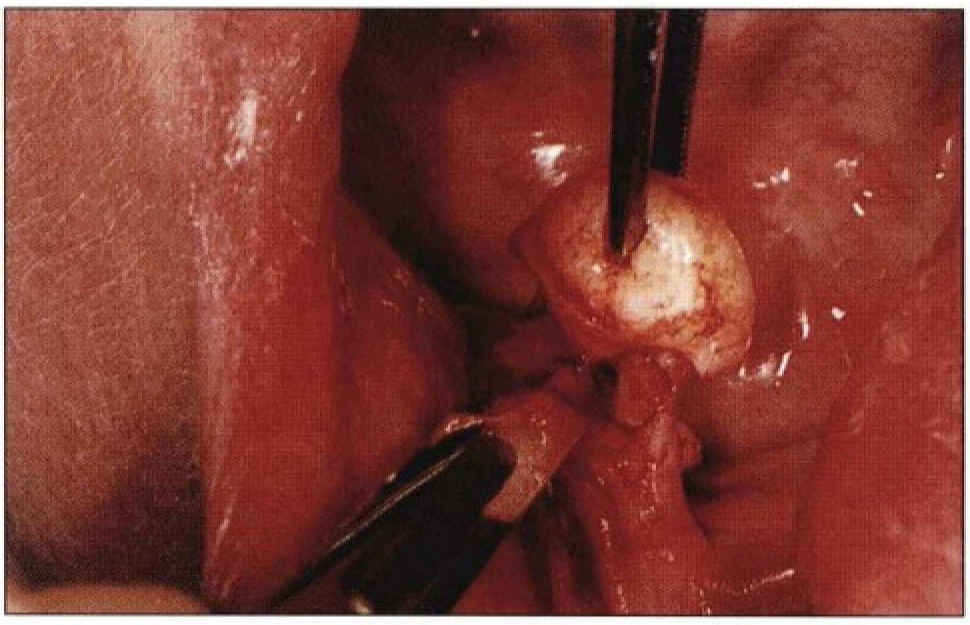
切口



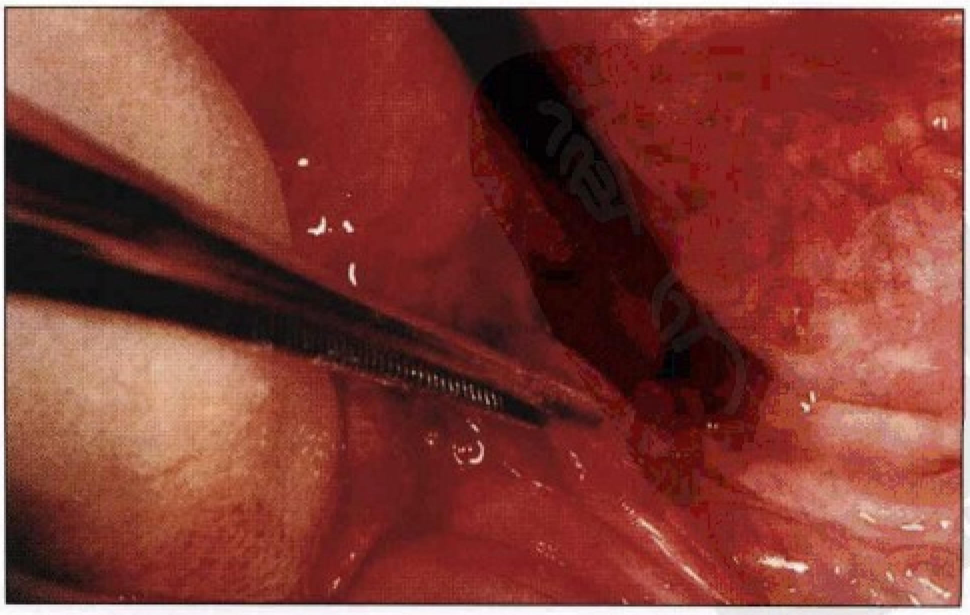
1 拉紧软组织，在基底部切开。



2 在颊侧作同样切开。

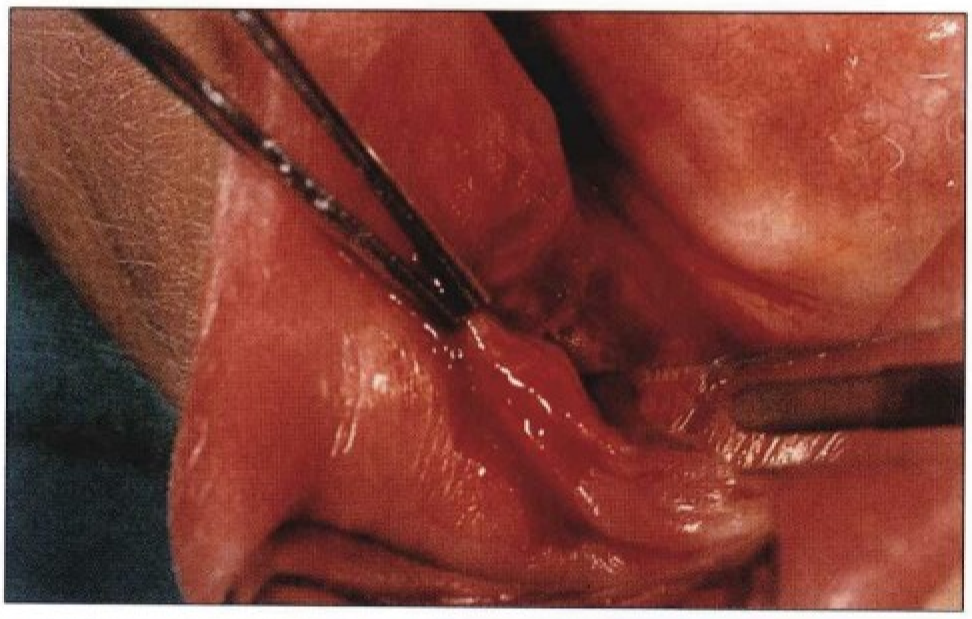


3 完全切除病灶组织。

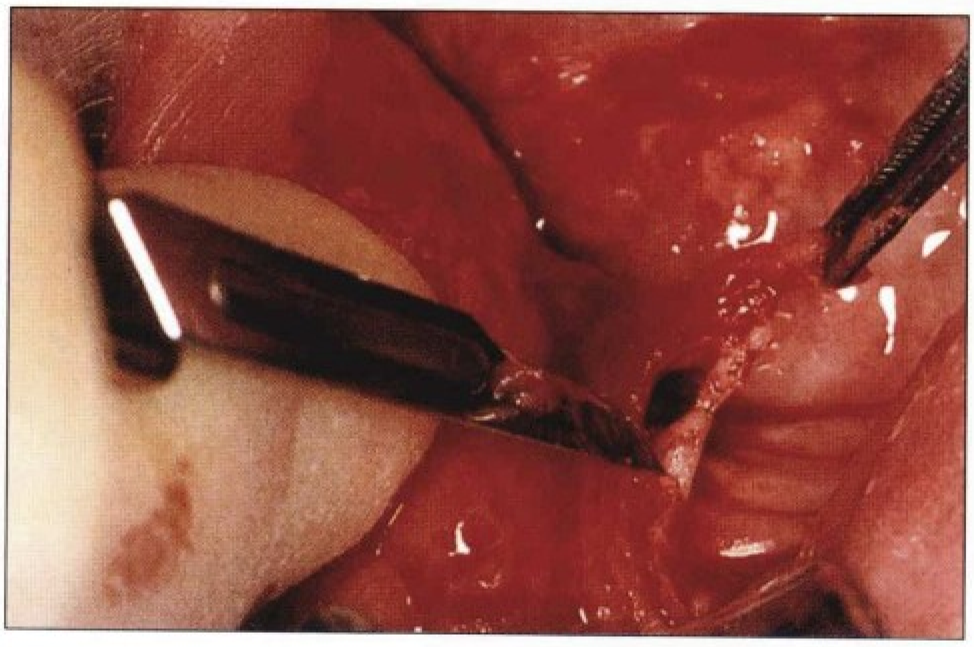


4 提起前部皱褶组织。

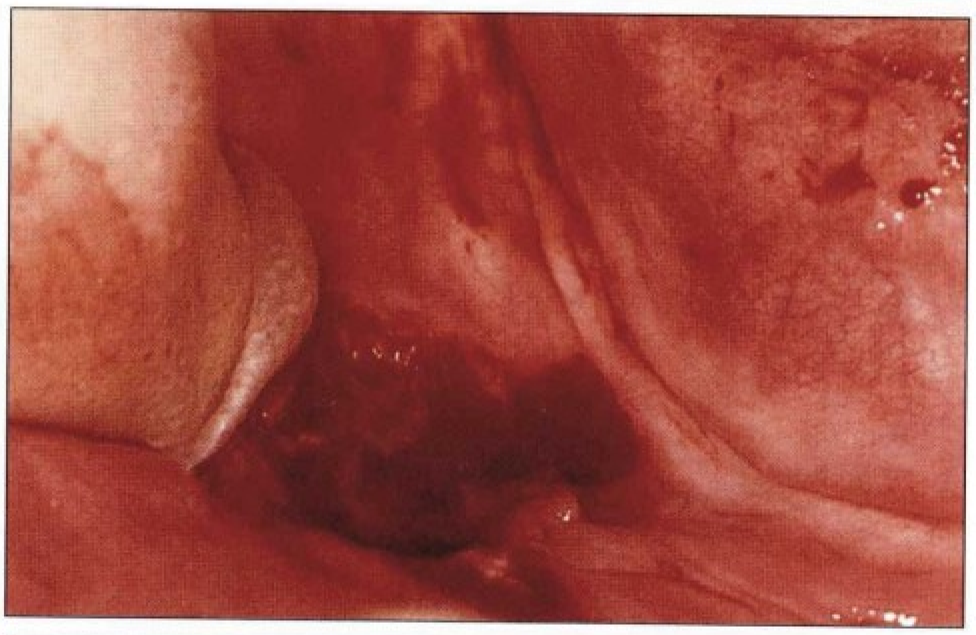
公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注



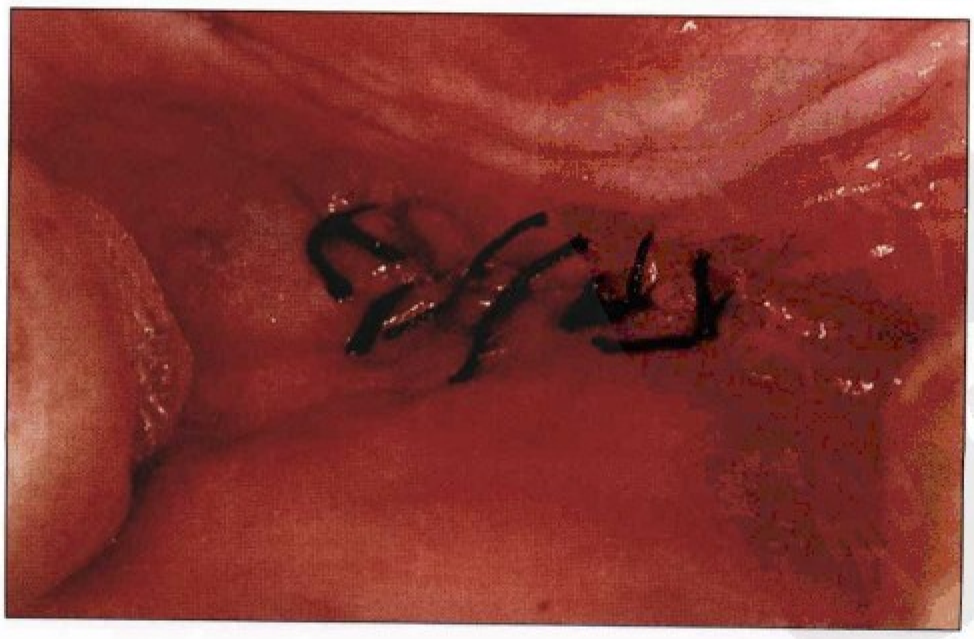
5 从基底部切除。



6 切除残留的纤维组织。

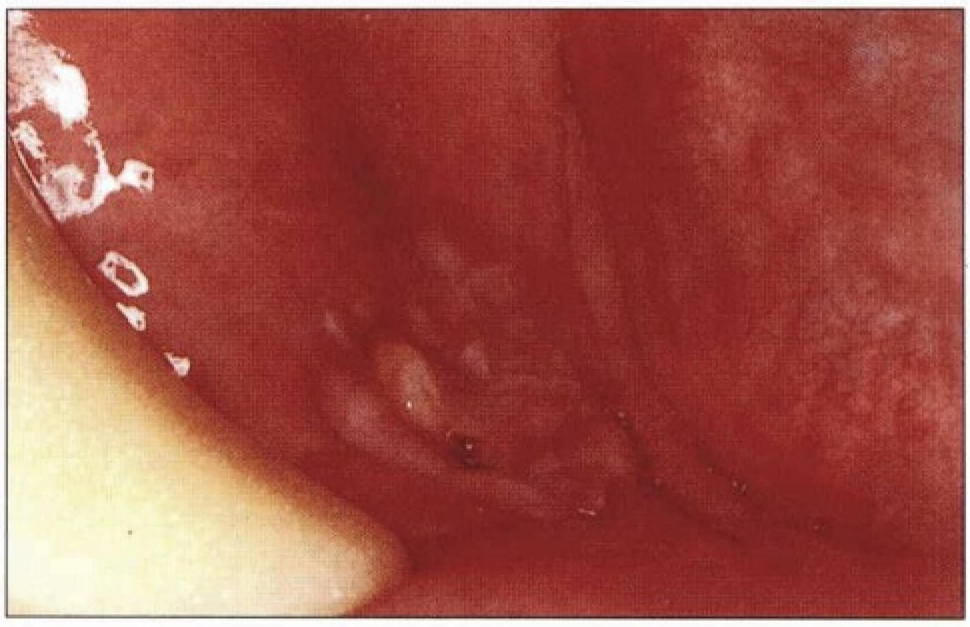


7 出血主要来自毛细血管渗血。



关创

■ 切口拉拢缝合后创面渗血止住。如果大的创面出血可能需要移植，这是一个很难的外科手术。



复诊

1 术后1周，创口虽未完全愈合，但情况令人满意。



2 切除组织，以毫米为单位标记其大小，然后送作组织病理学检查。

病理学检查

■ 病理诊断结果显示其组织学特征与临床诊断相符，为义齿性增生组织。

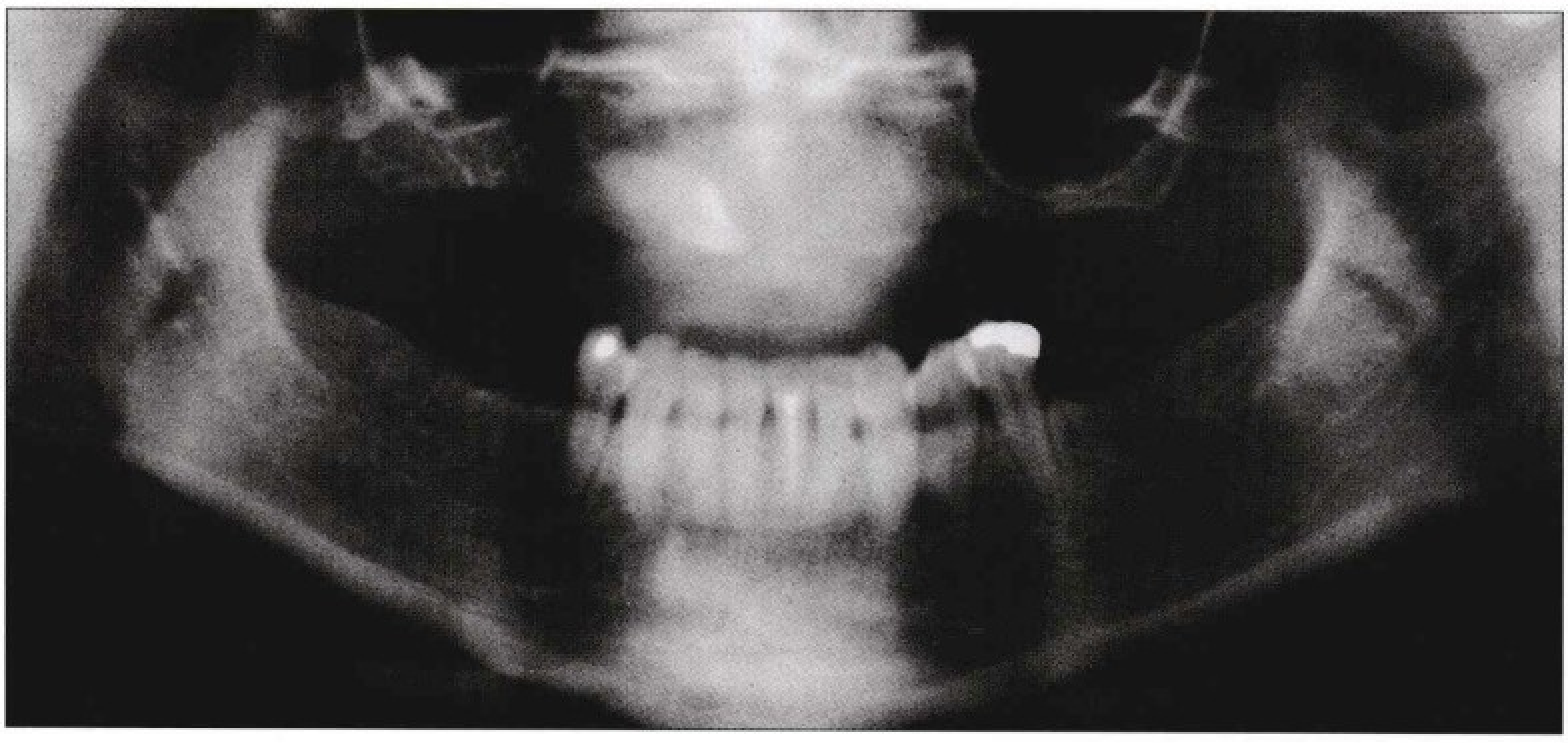
PDG

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

未萌上颌尖牙拔除术

MG，42 岁，家庭主妇，要求更换上颌义齿，为进一步检查和分析，拍摄曲面断层片。可见未萌的右上颌尖牙横向位于上颌牙槽嵴下方。鉴于该尖牙牙冠与牙槽嵴顶相邻，且没有太多骨质覆盖，建议拔除。患者同意局麻下手术。

影像学分析



曲面断层片显示上颌骨除该未萌尖牙外其余牙全部缺失。3 张根尖片显示了尖牙的大小和形状。在此病例中，从根尖片也可清晰地看出尖牙无明显的根尖弯曲，因而拔除并不复杂。



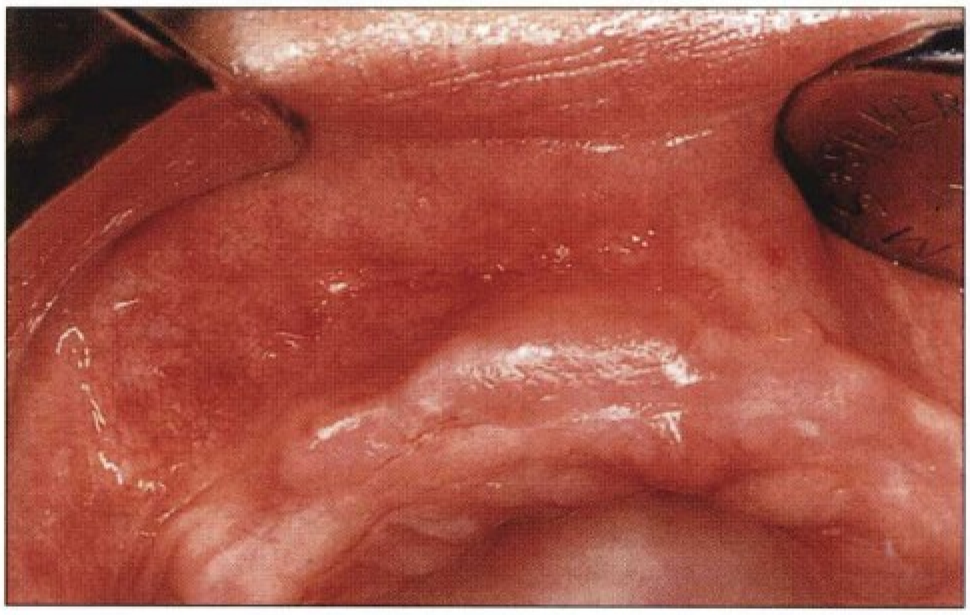




公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

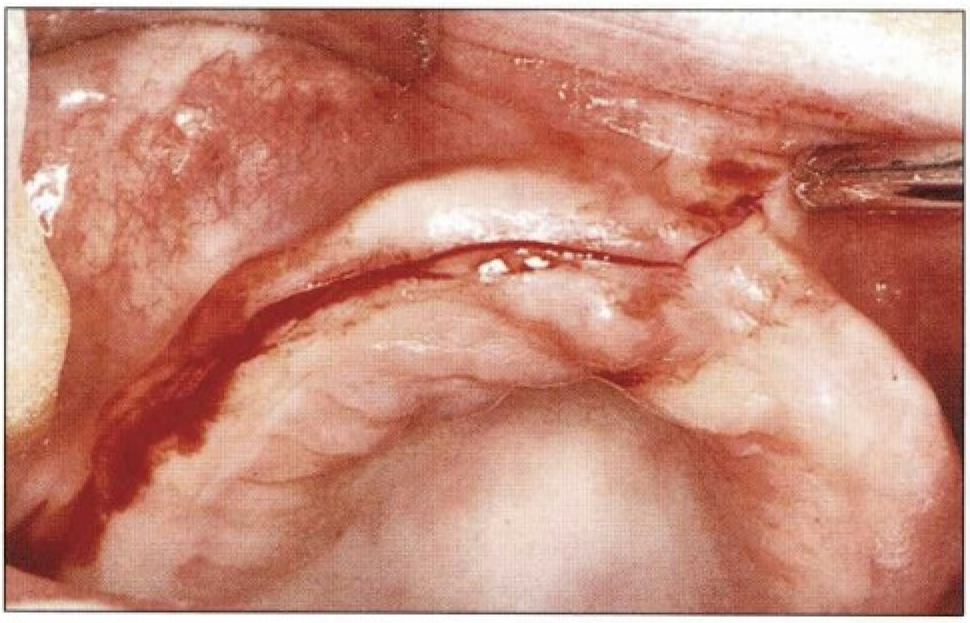
手术操作

手术部位



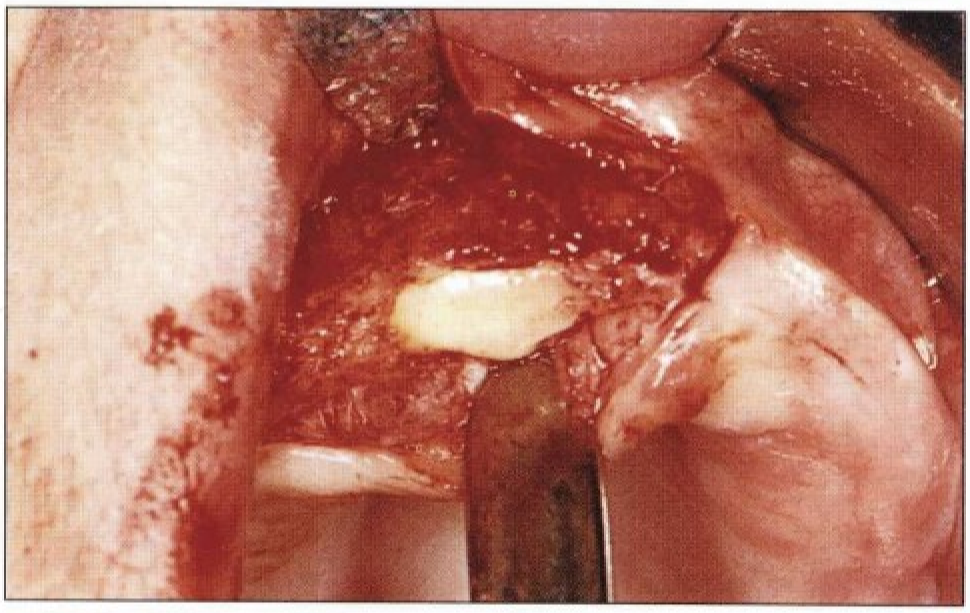
■ 黏膜健康、完整。尖牙牙冠位于右上颌前牙区的隆突下，并可触摸到。

切口



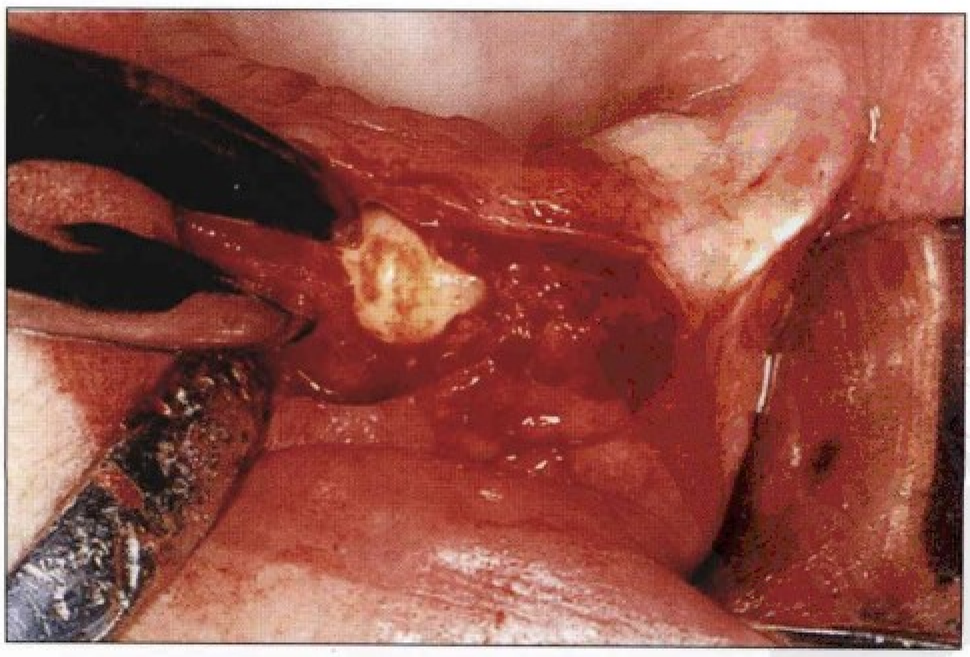
■ 自牙槽嵴顶偏颊侧开始，从右侧磨牙区向前，刚刚超过中线，到达其左侧，向下作一个小的松弛切口。

翻瓣



■ 由于牙冠周围有复杂的纤维组织团块包绕，翻瓣有些困难，但是可以看到尖牙的第一解剖标志——牙冠的远中边缘嵴。

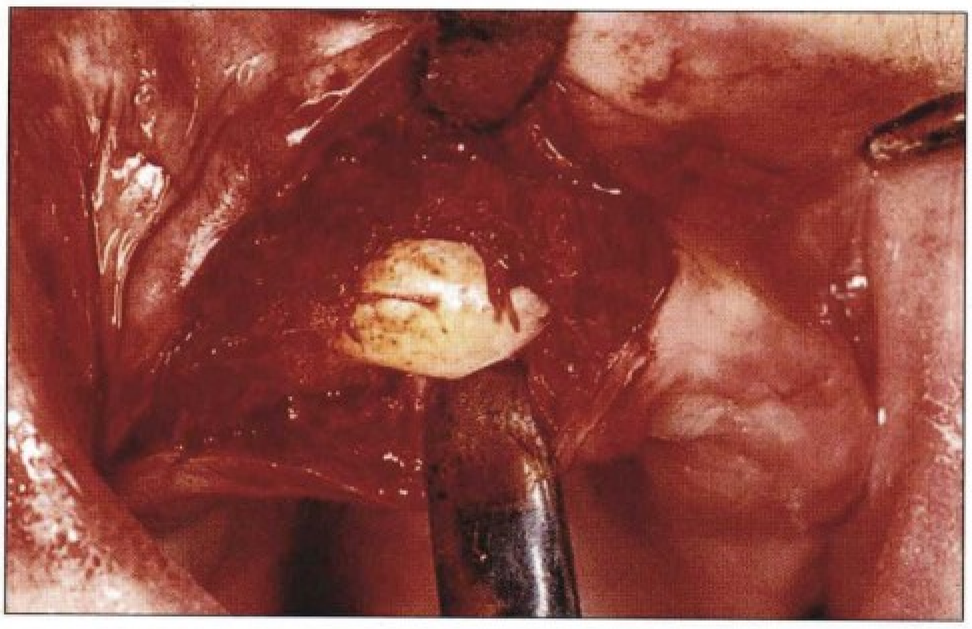
去骨



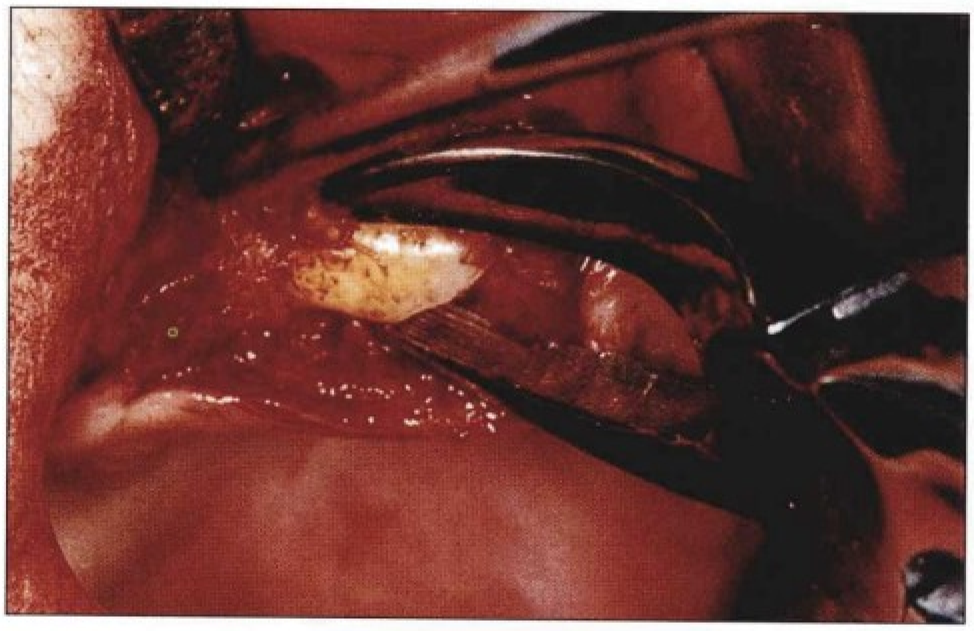
■ 用咬骨钳逐渐去除软组织及牙上覆盖的骨组织以暴露尖牙的第二个解剖标志——牙尖。因为使用拔牙钳拔除，所以牙冠的近中隆突不必显露。

拔除

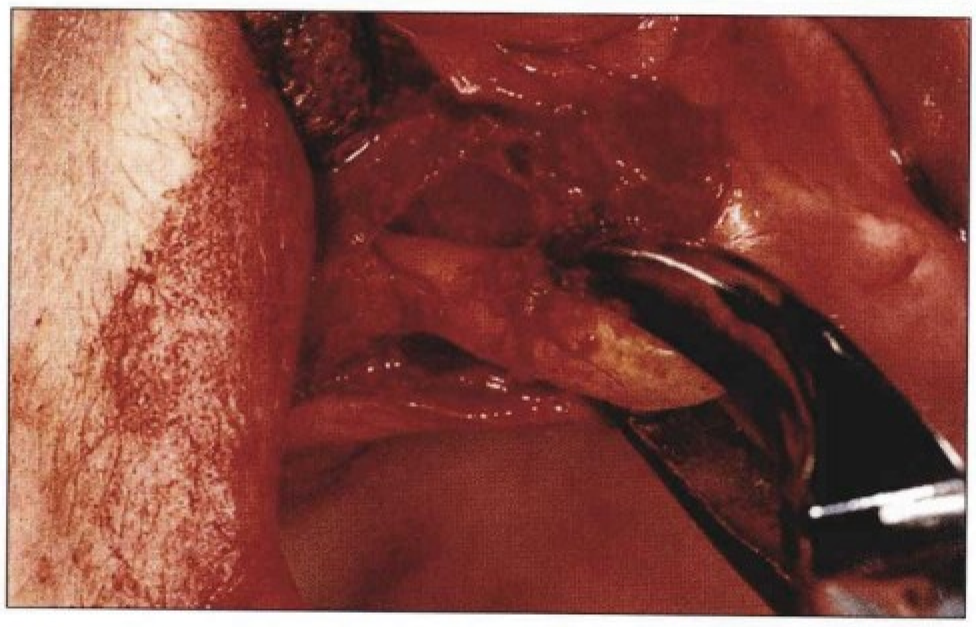
1 牙冠现已充分暴露，可常规使用拔牙钳。



2 钳喙夹紧牙齿。此时，牙钳常于近远中向夹紧牙齿，可充分发挥牙钳的作用。



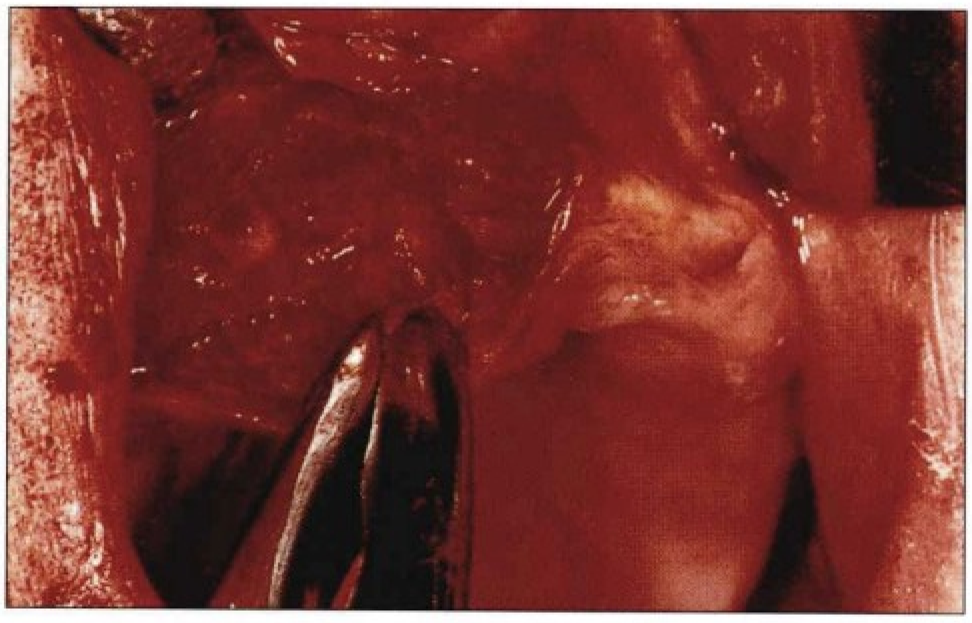
3 轻松地拔除牙齿。



4 根尖轻度弯曲。

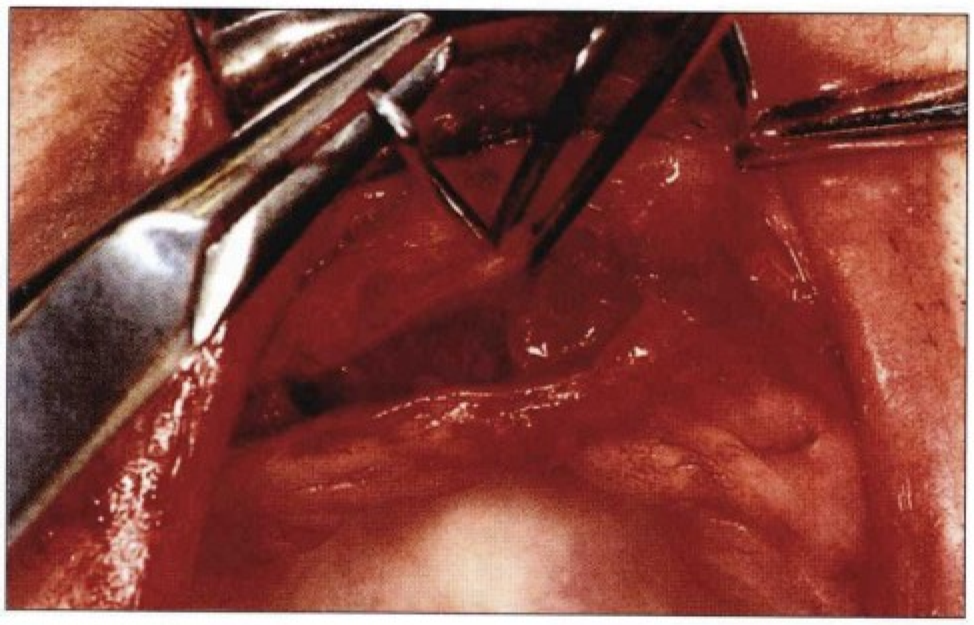


公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注



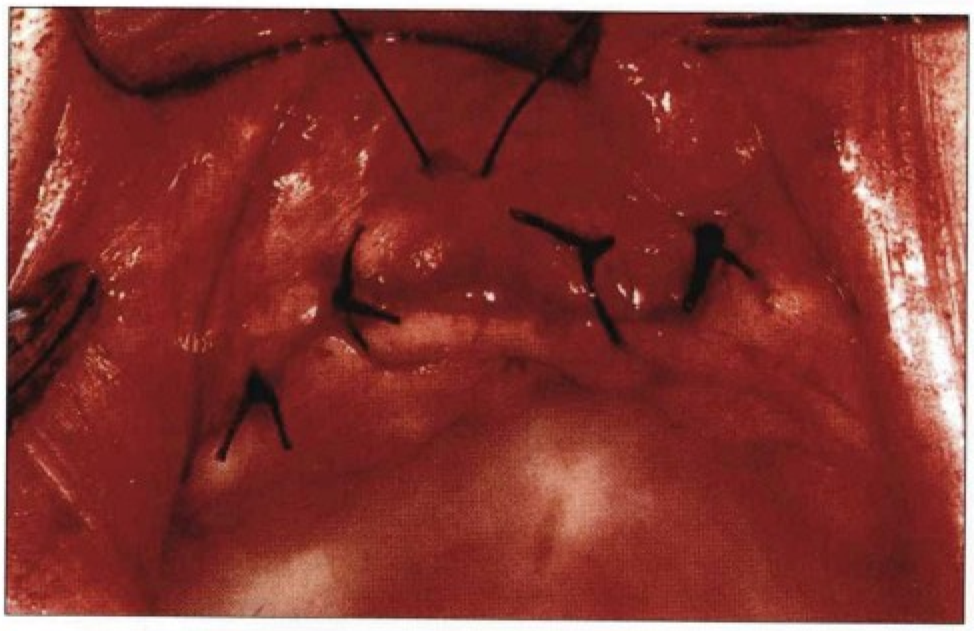
清理牙槽窝

■ 用咬骨钳去除残留的软组织及锐利骨缘，以便于关闭创口。



关创

1 第 1 针缝合瓣的转角处。



2 间断缝合关闭创口，但因无骨组织支持，创口容易裂开，所以加用褥式缝合以帮助创口边缘对位。



3 打结要牢固，但又不能很紧。褥式缝合留的线头要比间断缝合长些，以便在拆线时更容易区分两者。

复诊

■ 切口愈合正常。数周后开始制作新的义齿。

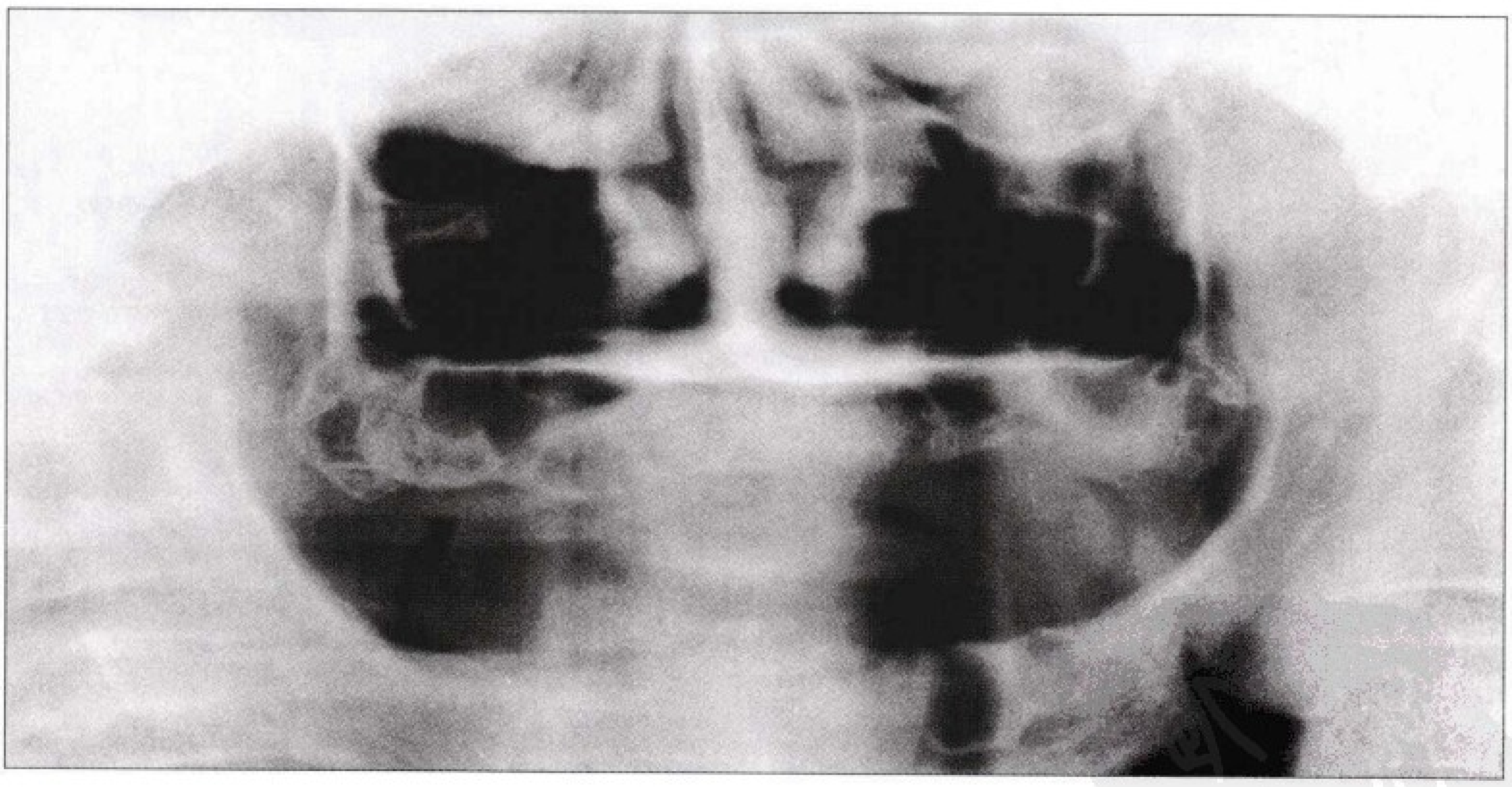
10 囊肿摘除术

Cysts Enucleation

多发性颌骨囊肿摘除术

FS，62 岁，退休船厂工人，主诉上颌义齿下的口腔前部有肿胀伴疼痛。初步 X 线检查显示右上颌切牙区有一囊肿。患者患有高血压，且对青霉素过敏。急性期连续服用 5 天的红霉素（250mg，4 次 / 天），治疗后明显好转。进一步的 X 线检查显示共有 4 个透射性囊肿区，其中两个在右侧上颌，两个在左侧下颌。患者同意在局麻下摘除这 4 个囊肿。

影像学分析



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

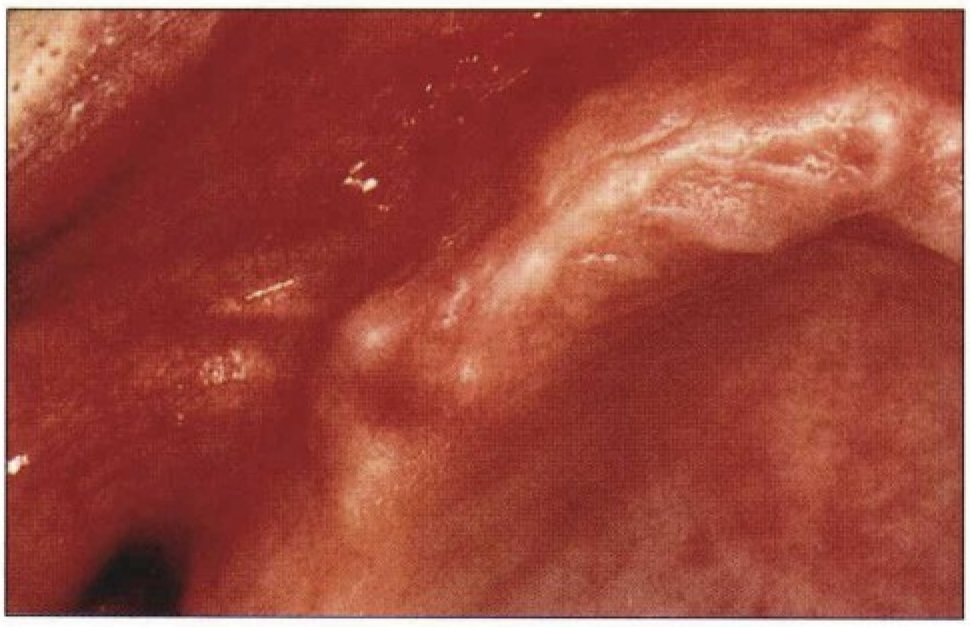
在曲面断层片上，右上颌前牙区囊肿的轮廓清晰可见，但在咬合片上其损害范围及前磨牙区另一个较小的囊肿显示得更加清晰。曲面断层片可充分、良好地显示下颌骨的囊肿病灶。骨缺损最深部与下颌管邻近。



手术操作

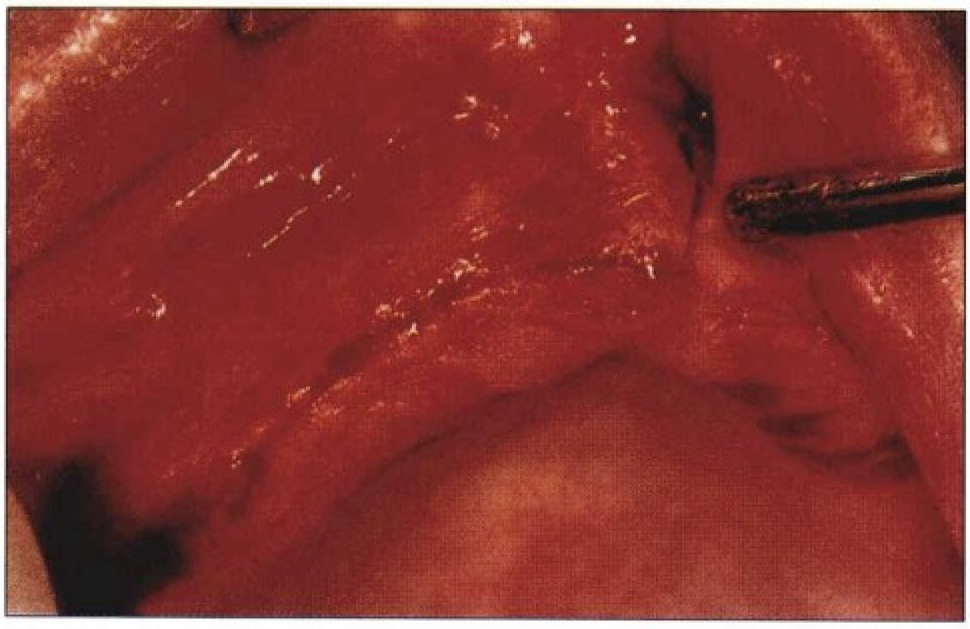
手术部位:上颌囊肿

■ 无牙颌牙槽嵴相当平滑，黏膜健康。



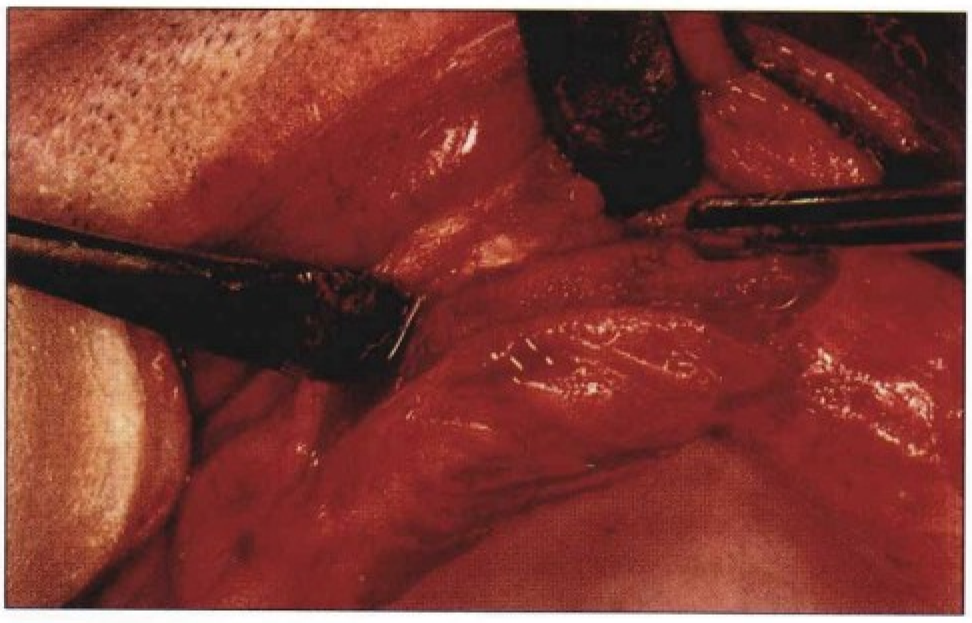
切口

■ 在牙槽嵴顶稍偏颊侧作切开，于囊肿的远中开始切开黏骨膜（切口位置应参考X线片），终止于前牙区，在中线的左侧形成一短小的松弛切口。



翻瓣

1 用两把Howarth骨膜剥离器将瓣向颊侧翻起。



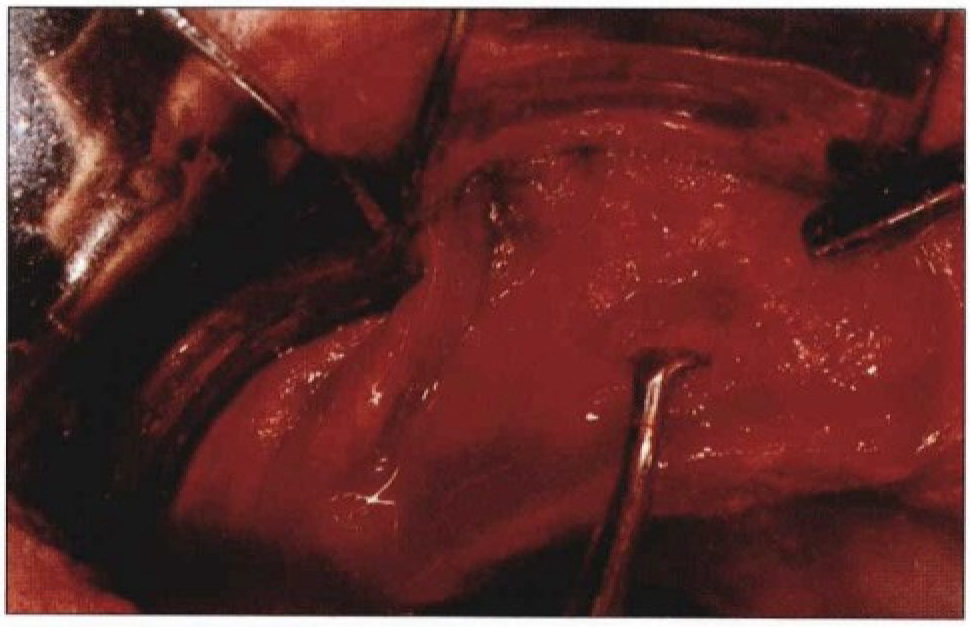
2 囊肿窦道排溢的部位上有纤维瘢痕，由此可提示骨面下囊肿的位置。围绕这个范围翻起黏骨膜瓣，并用手术刀从骨面上分离纤维组织。



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

暴露

■ 用 Mitchell 修整器去除覆盖在囊肿上的薄层骨质。



摘除

1 用刮匙沿着囊腔周围光滑的骨皮质壁可以很容易地分离囊壁，进而完整地摘除囊壁。



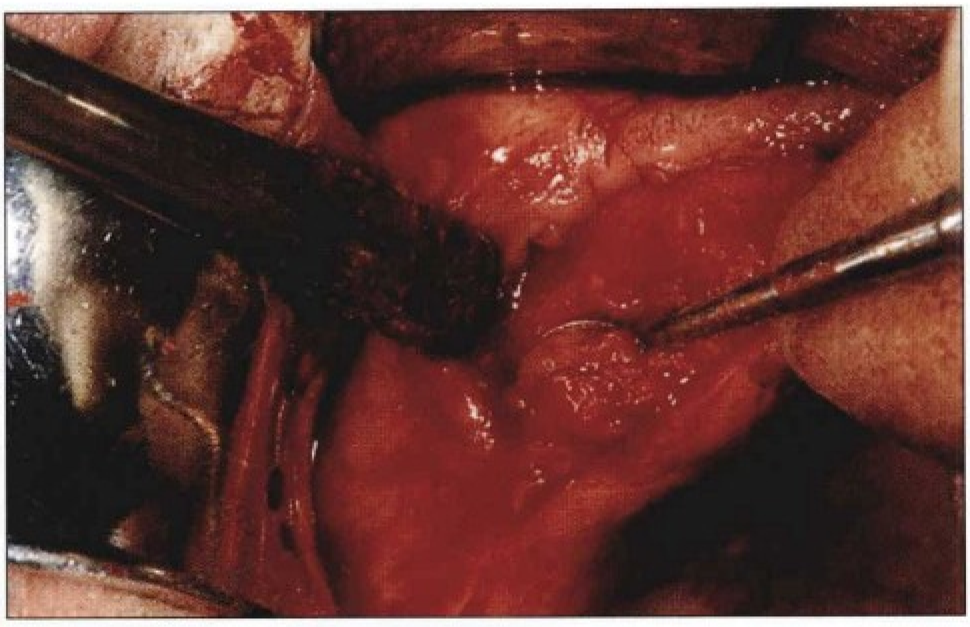
2 对囊腔周围骨壁进行修整使其成浅碟形，不必去除太多骨质。



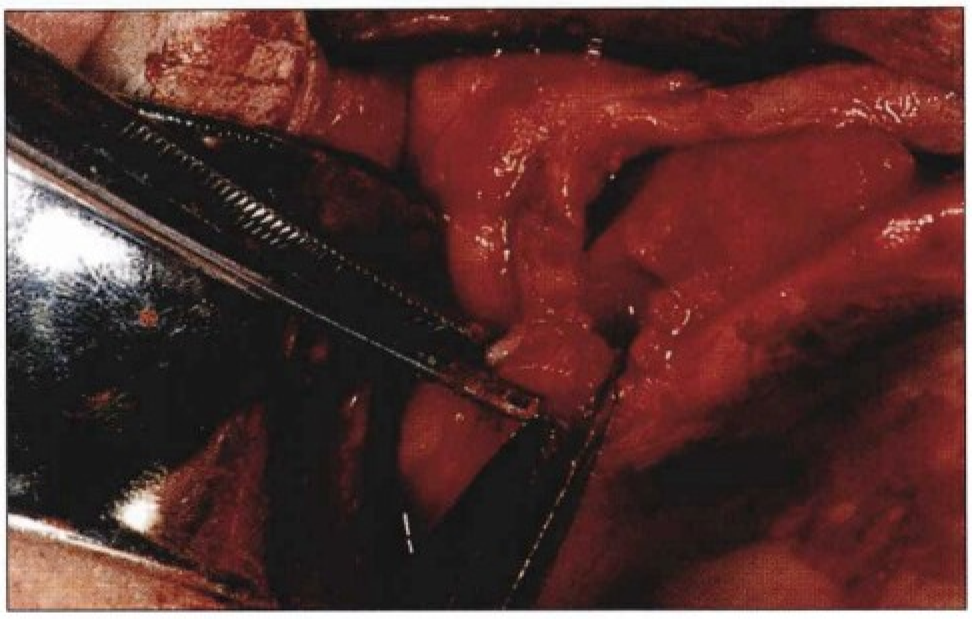
3 用 Mitchell 修整器尖端去除覆盖在囊肿上的薄层骨质，找到了第 2 个囊肿。



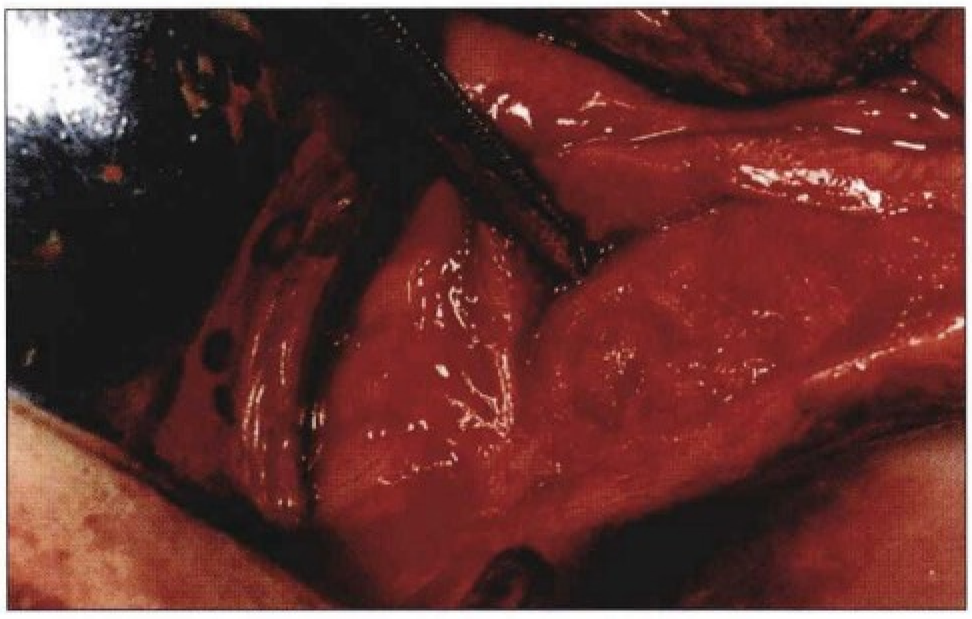
PDG



4 用同样的方法摘除第 2 个囊肿。

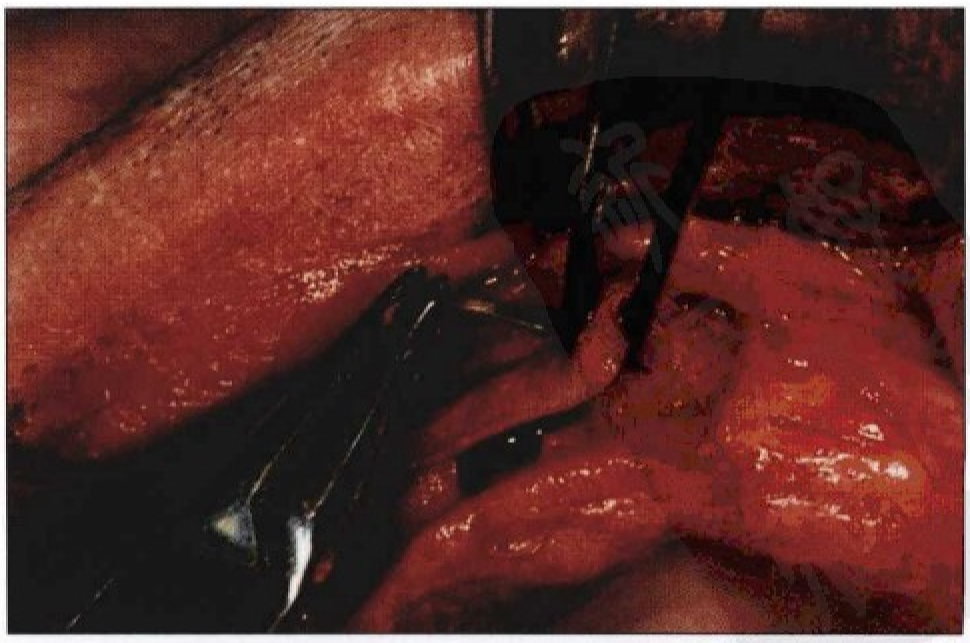


5 必须用剪刀将囊肿上方增生的纤维黏膜组织与正常的黏膜组织分离。



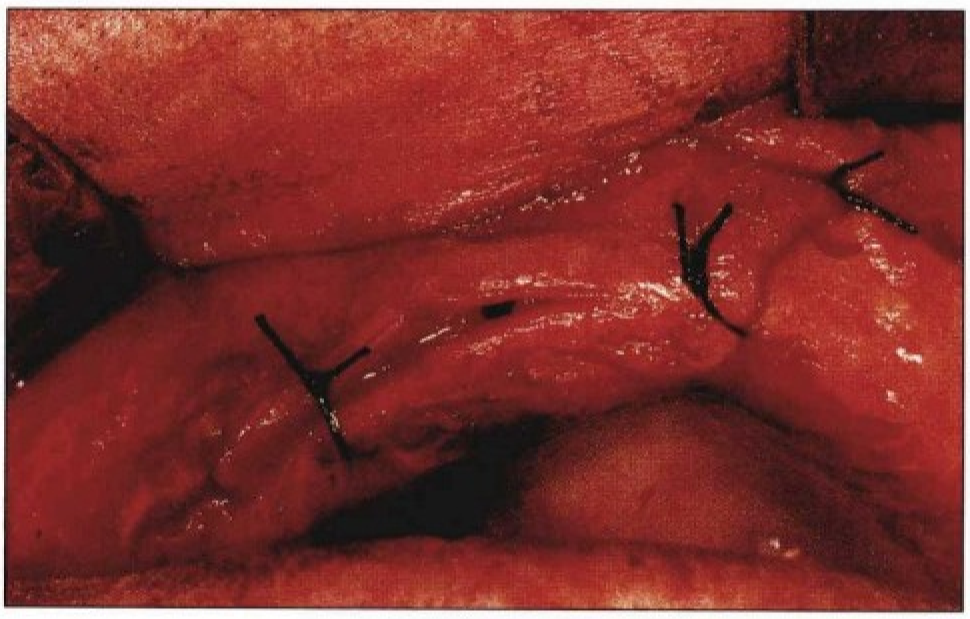
6 留下的骨腔被血凝块所充满。

关创

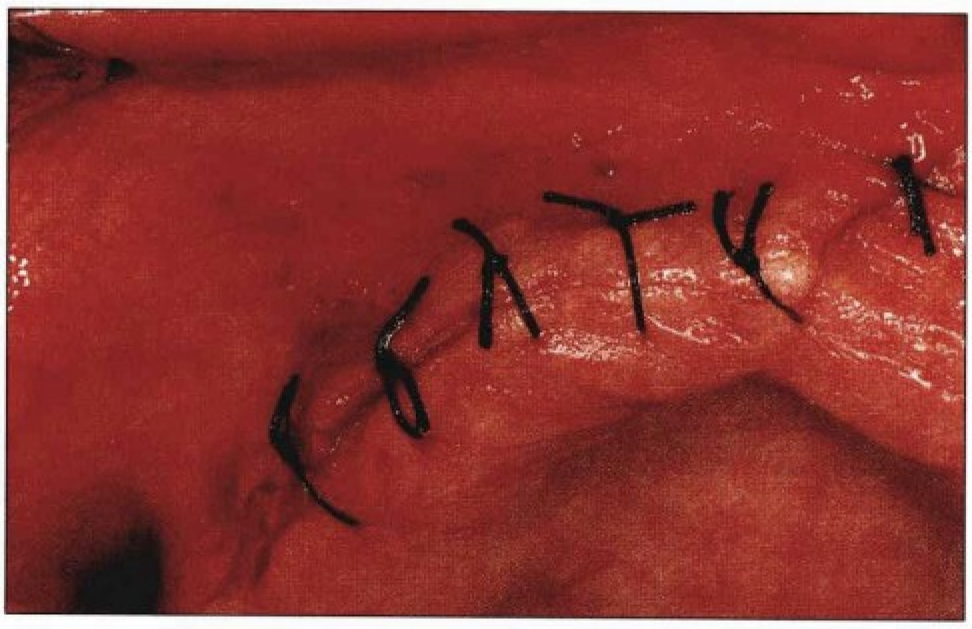


1 在瓣的近中转角处缝合第 1 针。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注



2 在松弛切口处缝合第2针，然后在牙槽嵴顶切口中点缝合第3针。



3 最后缝合其余部分的切口。



复诊

1 创口愈合良好。

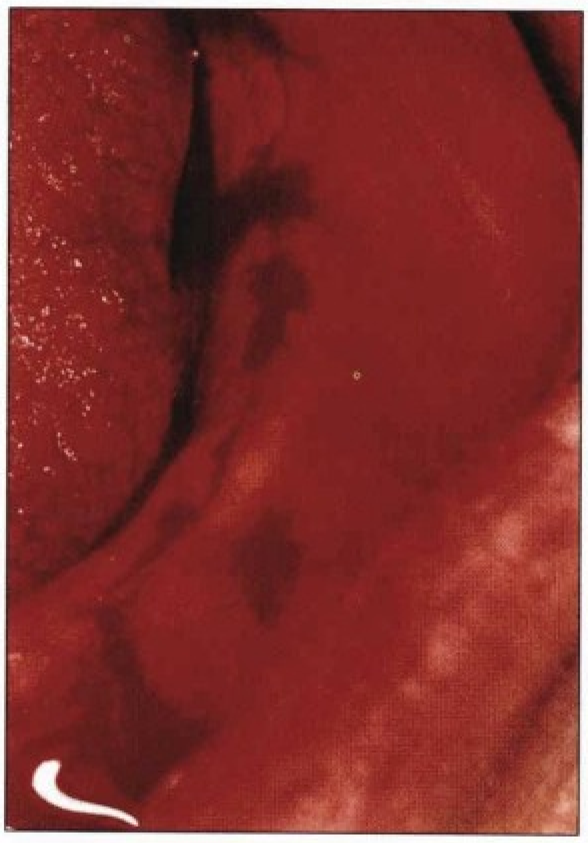


2 1个月后，甚至看不到任何手术切口痕迹。



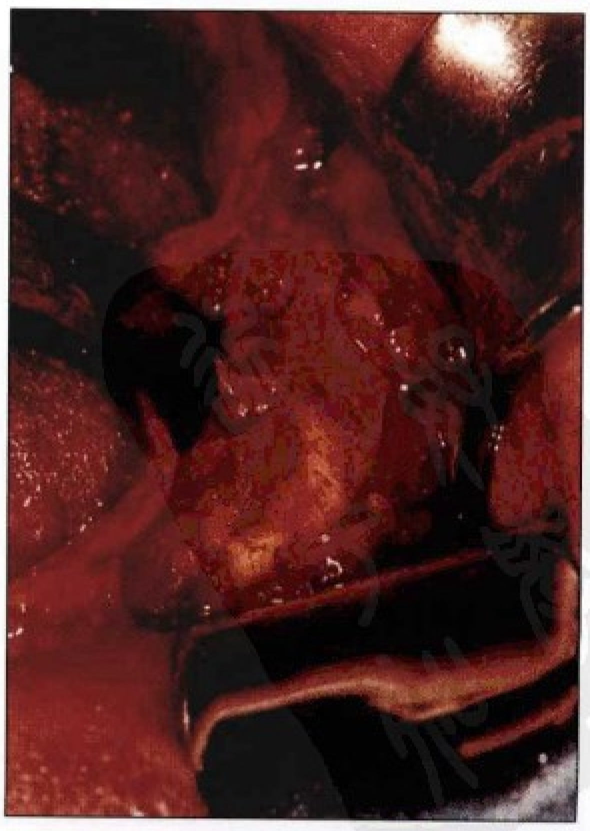
手术部位：下颌囊肿

■ 下颌牙槽嵴相当肥厚，而附着龈范围有限。



切口

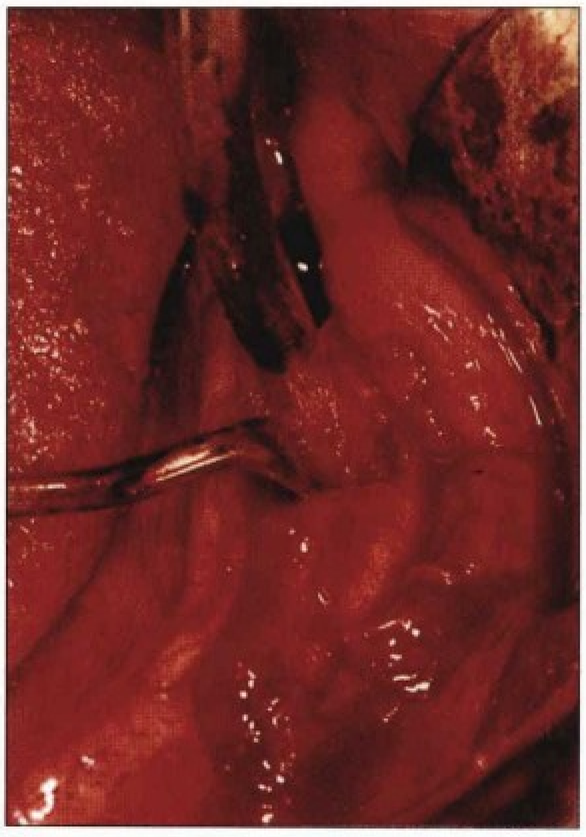
■ 切口起自磨牙后垫前部，向前延伸至比囊肿的预估位置更前一点。



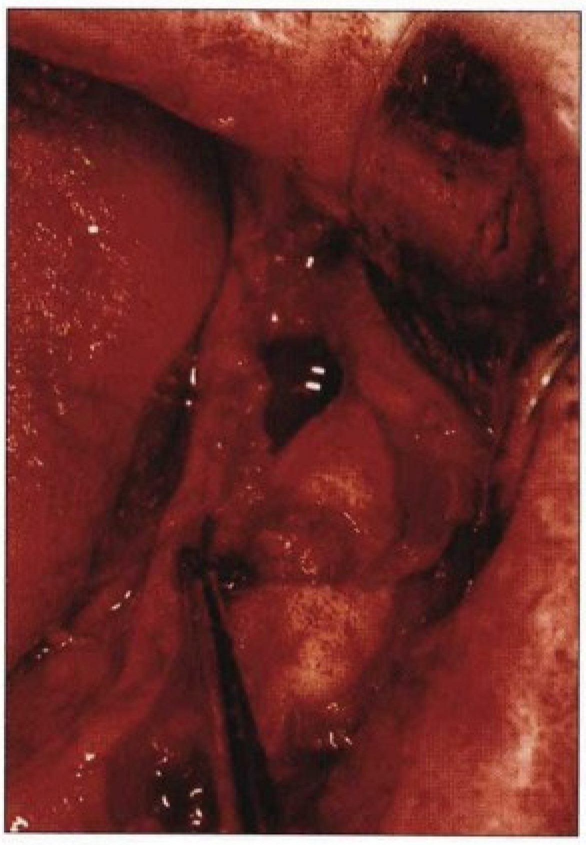
翻瓣

1 把软组织向颊侧翻起，舌侧做适当翻瓣。骨皮质的缺损显示囊肿所在位置。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注



2 刮除后部囊肿。



3 分离前部囊肿。



4 用吸引器尖端将囊肿从骨腔中吸出来。当吸小块的组织时要格外小心，因为小块组织可能被吸引器吸走。

5 干净的骨腔被血凝块充满。

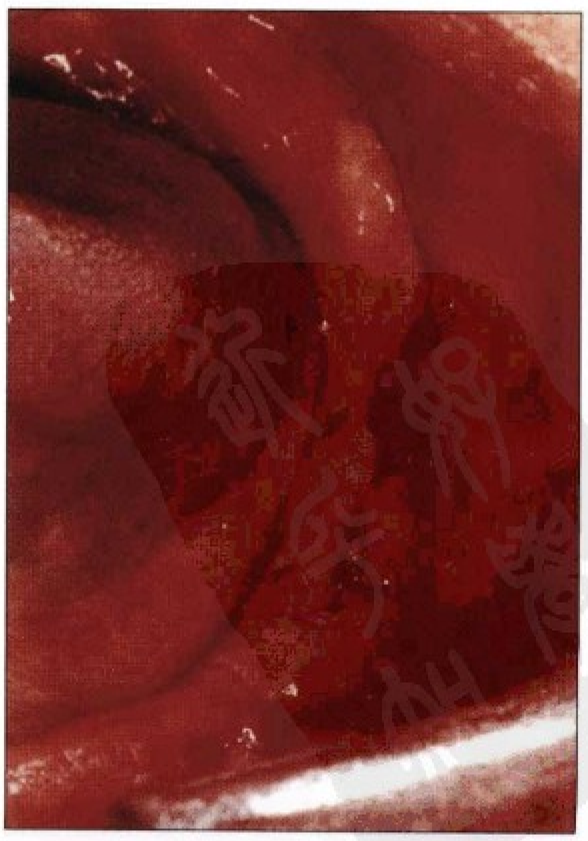


6 瓣复位缝合。



复诊

1 术后 1 周，切口愈合良好。



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注



2 远期愈合效果令人满意，患者已戴上新的义齿。

病理学检查



以毫米为单位标记囊肿大小。标本置于生理盐水瓶中，连同临床及 X 线检查资料一起送组织病理学检查。

上颌囊肿：上颌中切牙区的囊肿由无角化复层扁平上皮组成，与残余囊肿表现一致。前磨牙区囊肿，其内含有一块小的牙根碎片，表现出根尖周囊肿的特征。



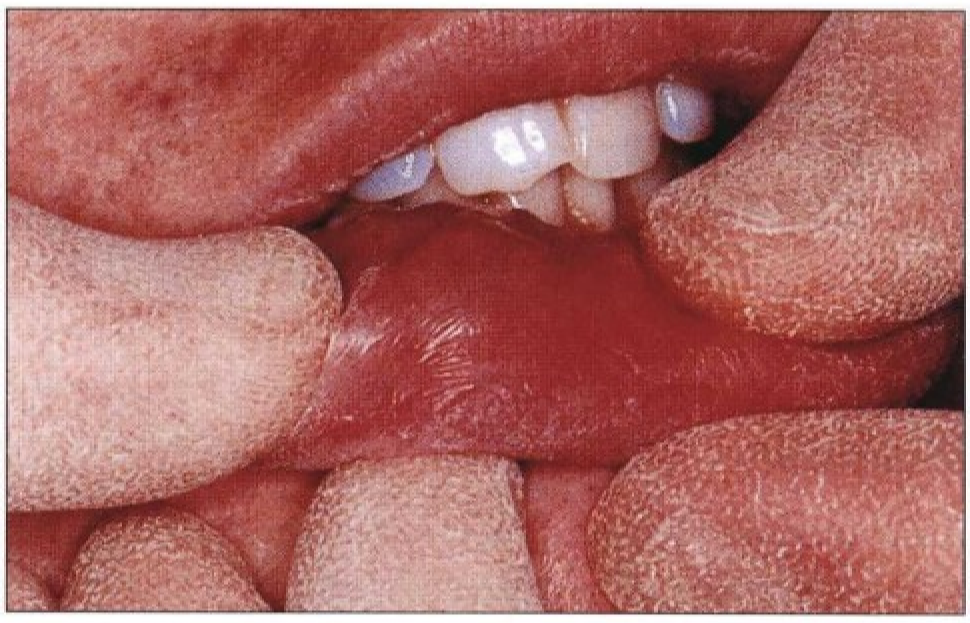
下颌囊肿：两块囊肿组织病理学表现基本相同，均由无角化复层扁平上皮组成，与残余囊肿表现一致。

黏液囊肿摘除术

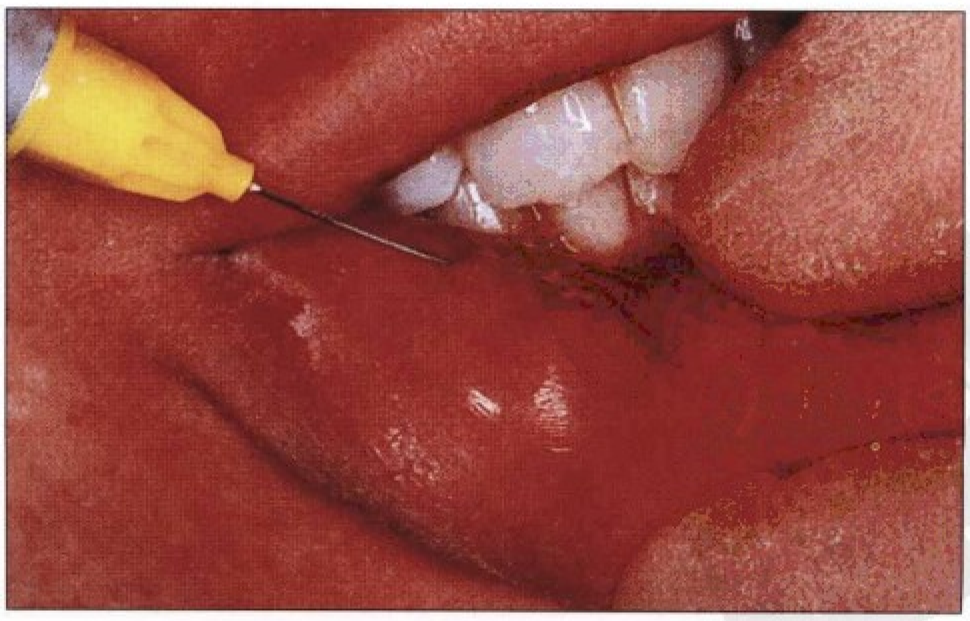
ED，26岁，律师，因右下唇有一无痛性肿块咨询全科医生，由全科医生转诊而来。患者无特殊病史，但诉及可触摸到“脖子上的腺体”，尤其是在感冒的时候。查体可触及几个颈淋巴结，但鉴于患者良好的健康状况，仅建议他在症状持续存在时去咨询内科医生。判断下唇肿物是典型的黏液囊肿，其良性性质让患者消除了疑虑，并同意在局麻下手术摘除。

手术操作

手术部位



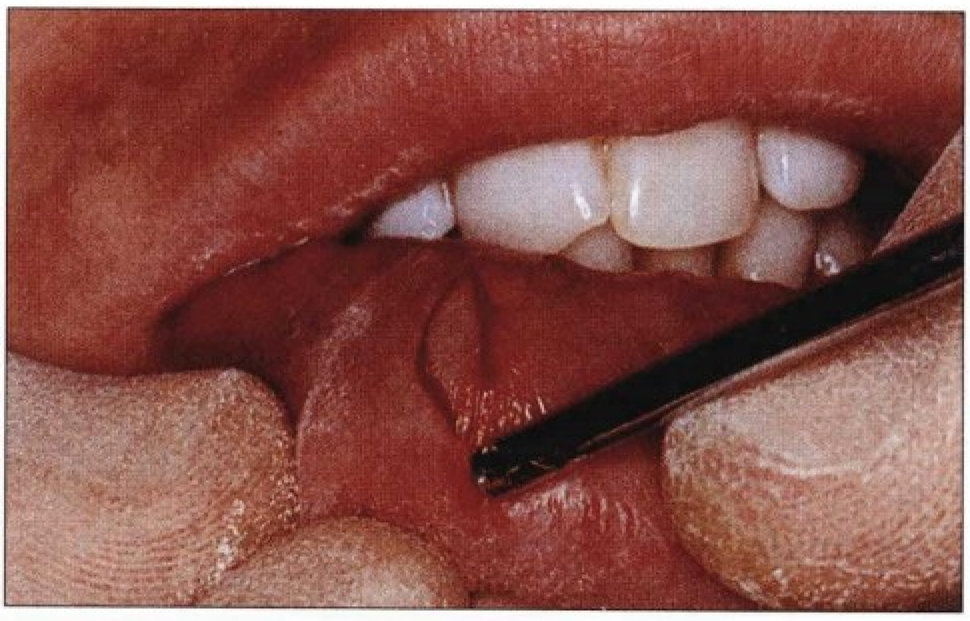
1 肿物位于右下唇。助手手指紧紧地捏住下唇，以减少术区血供，同时对术区两侧施以固定而温和的压力。



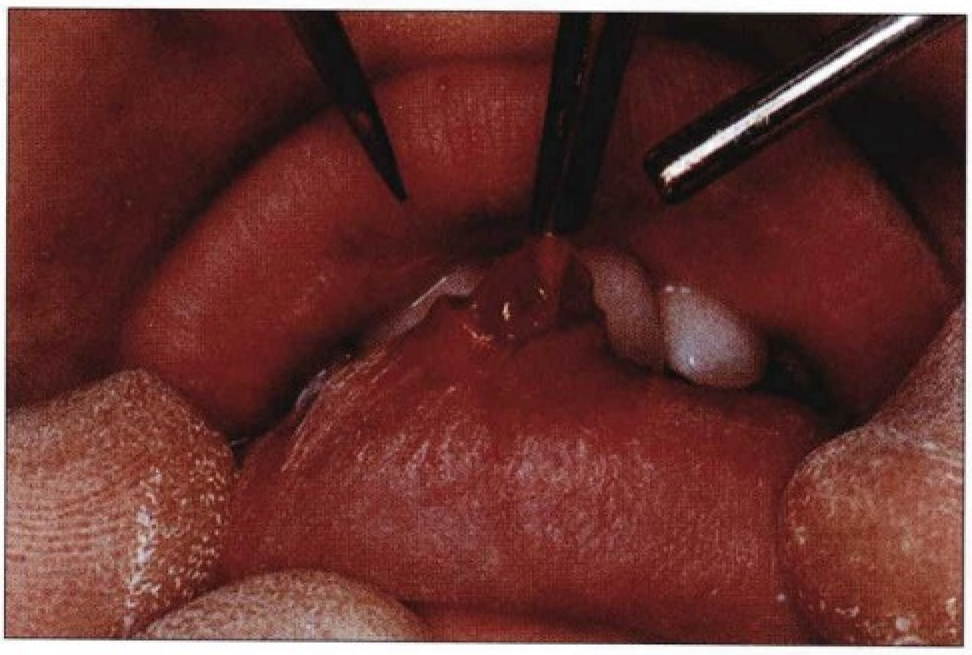
2 在肿物底部及其周围行局部浸润麻醉，不仅可麻醉该区域，还可通过血管收缩减少出血。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

切口

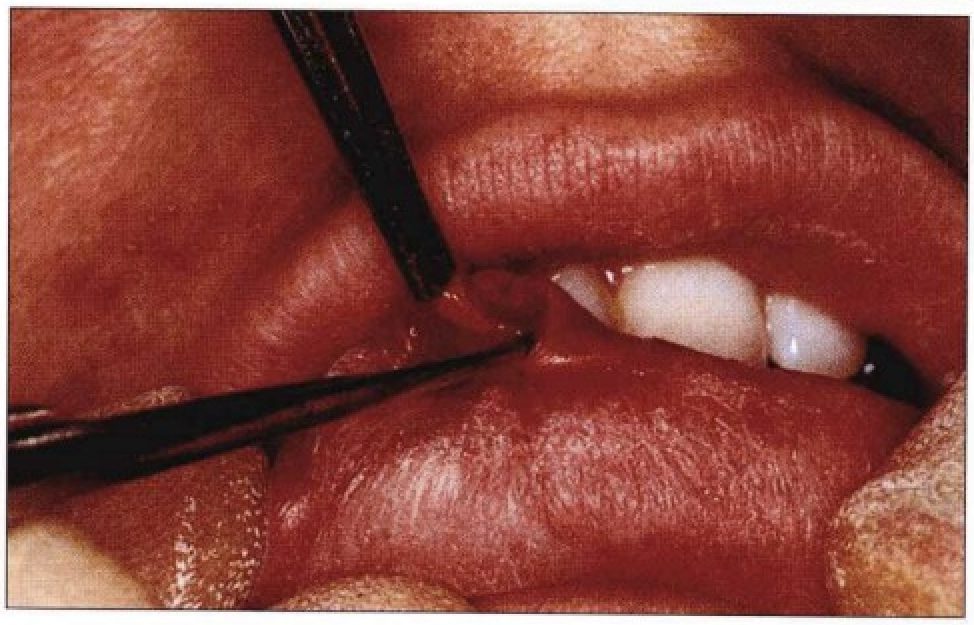


1 在肿物顶端上方做一椭圆形切口，仅切透黏膜。囊肿上皮菲薄易碎，完整分离囊肿表面的黏膜，这样才有足够的强度可以让血管钳夹住，然后提起摘除。椭圆形切口也使黏膜缺损易于直线关闭。

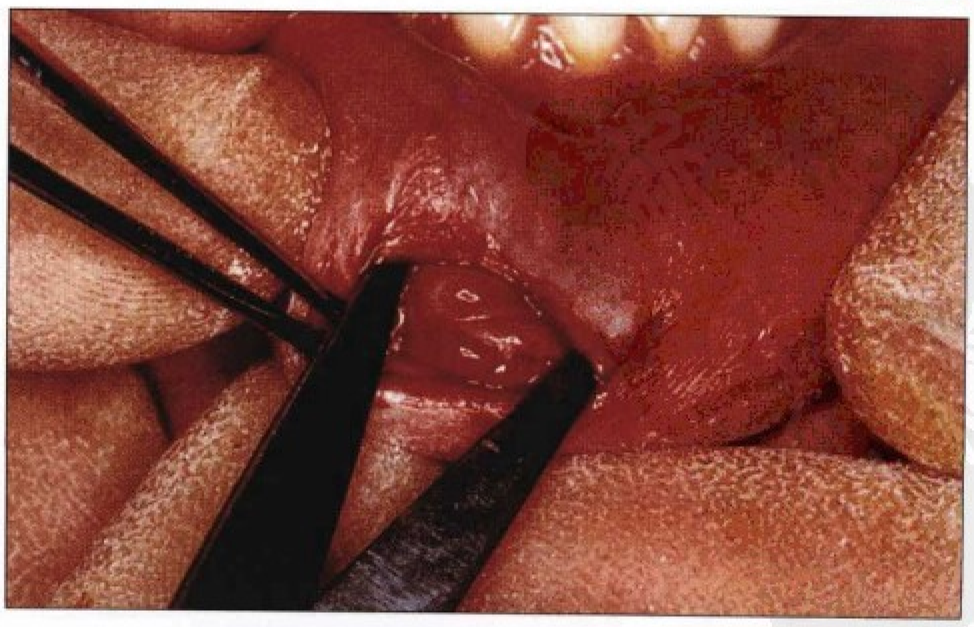


2 用血管钳夹住椭圆形切口内黏膜并向上提拉。

解剖分离

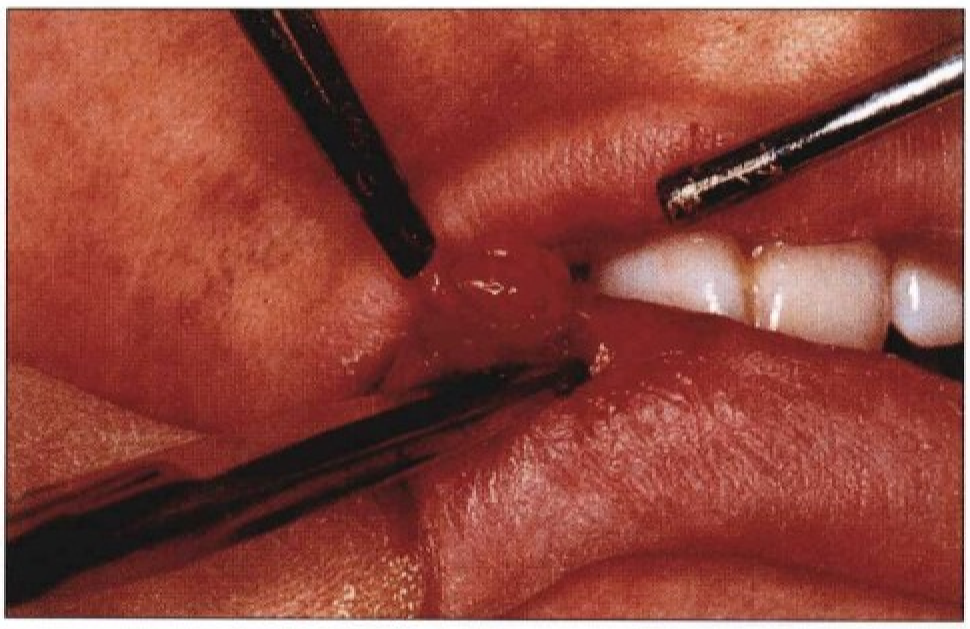


1 合拢剪刀，将尖端锐利的手术剪插入囊肿和黏膜之间的组织。

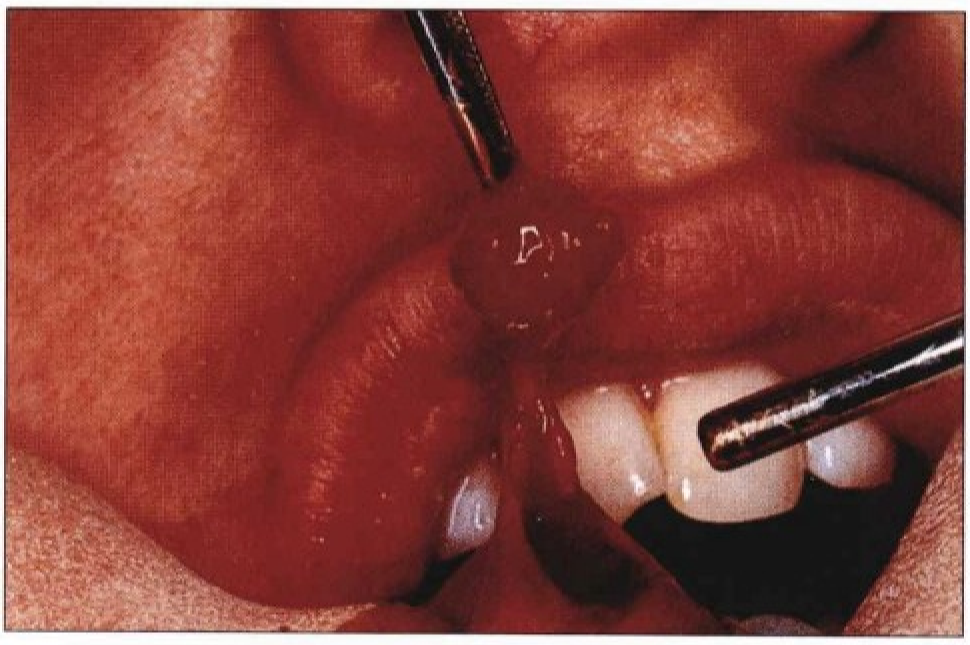


2 撑开剪刀，对组织进行钝性分离。

3 保持一个稳定向上的牵引力，直至囊肿被分离。

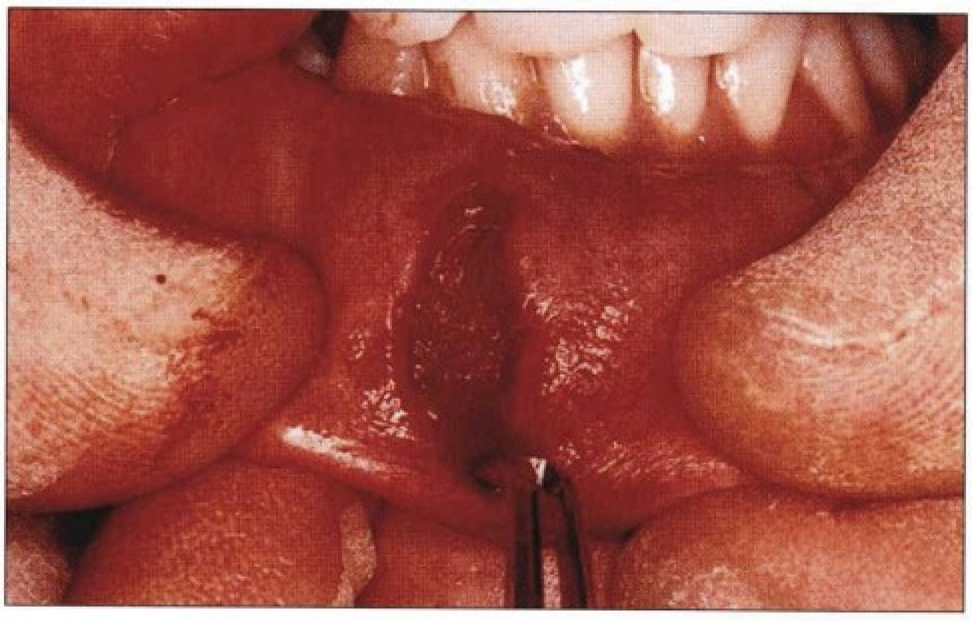


4 在肿物基底部通常黏附着一些像草莓样的小唾液腺，同样用手术剪剪掉。



关创

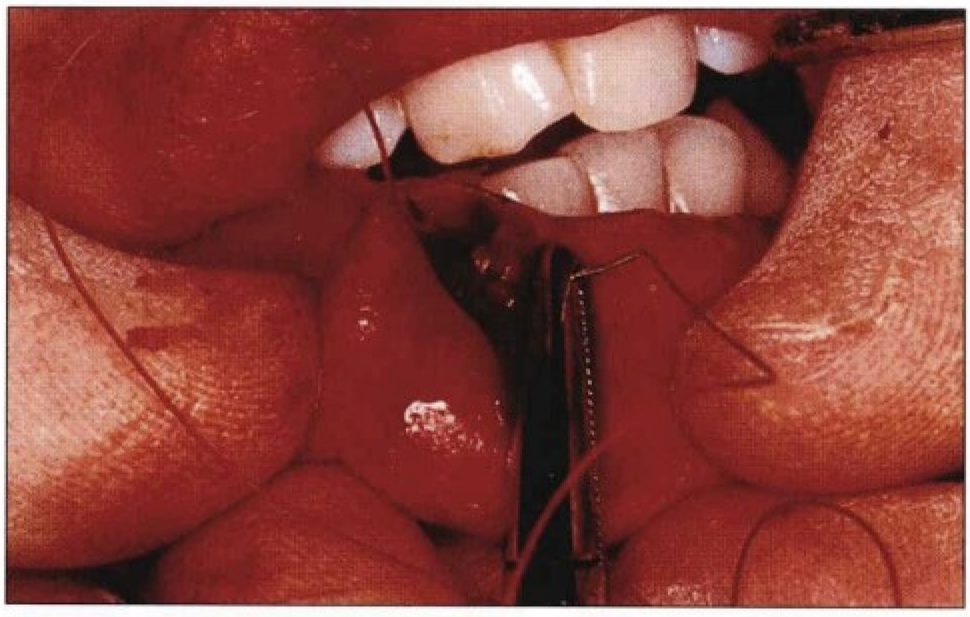
1 在创口的基底部可见结缔组织和肌肉。由助手手指施压控制出血。



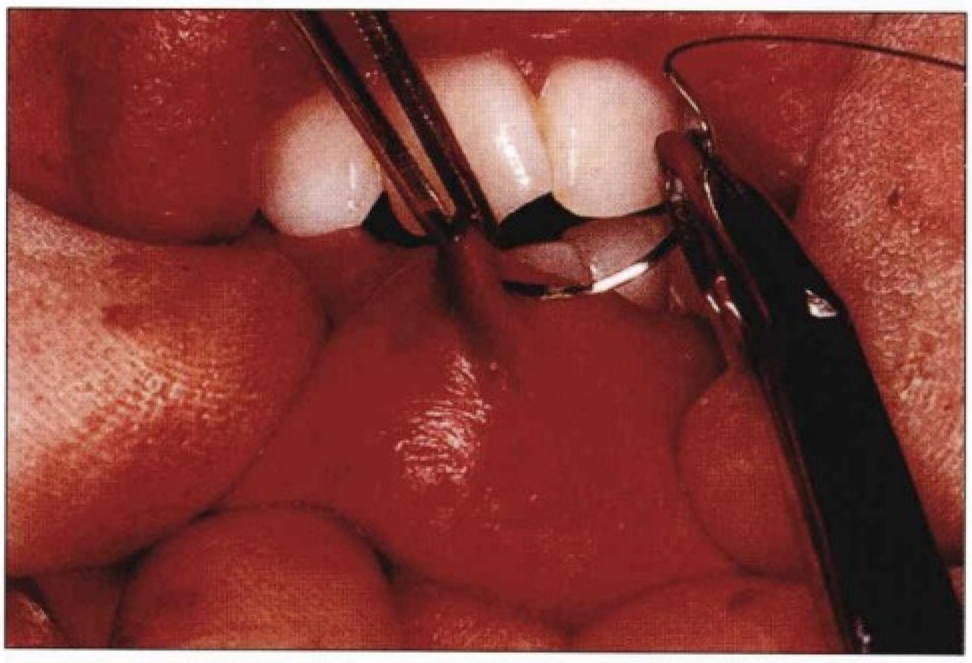
2 用镊子夹住一层结缔组织，使用 3/0 肠线将其与创口另一侧相同厚度的层面缝合。



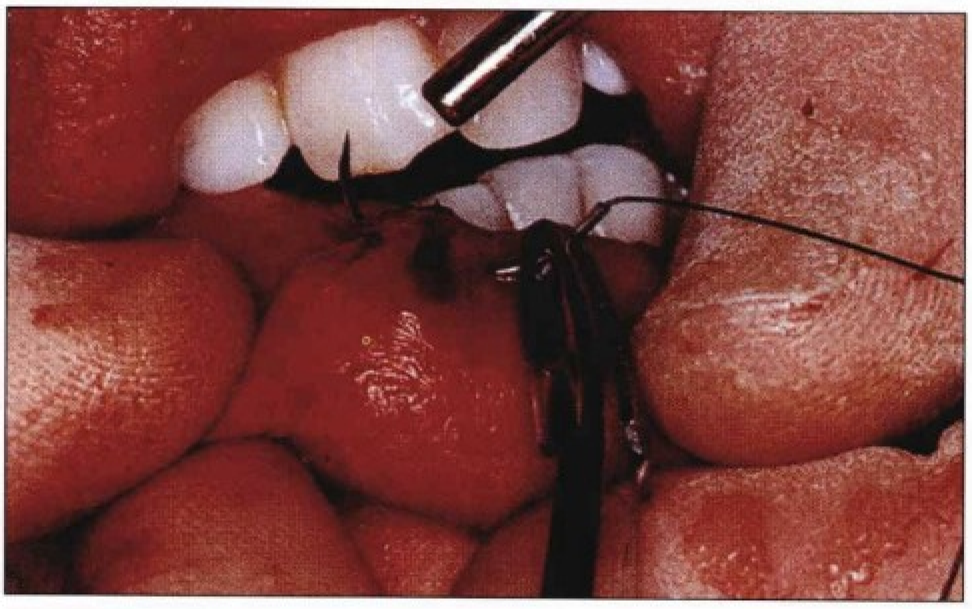
公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注



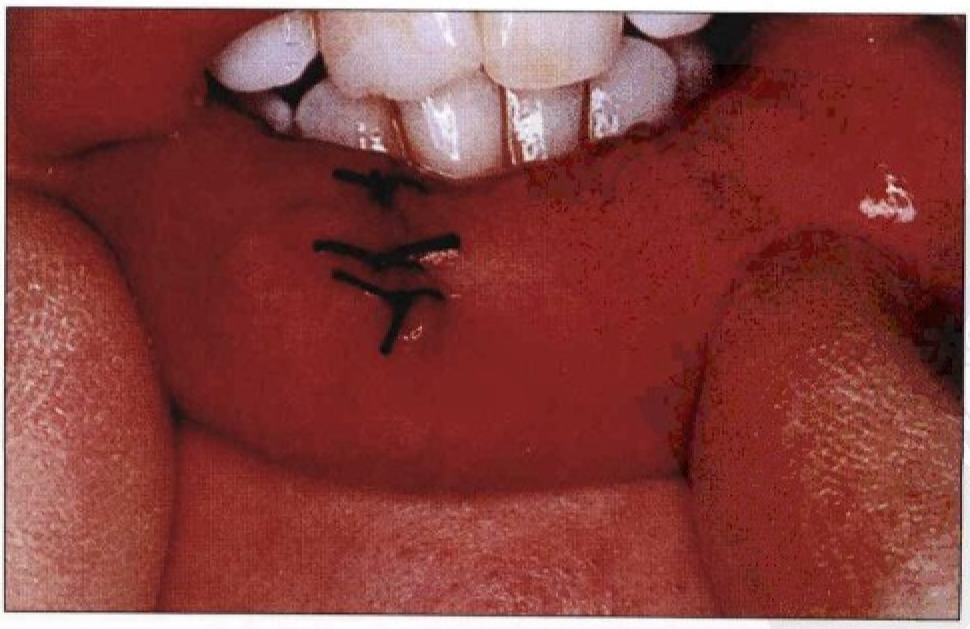
3 针从一侧组织边缘之下进入，然后在另外一侧组织之上穿出。如此缝合，在打结时线结就可深深地缩进结缔组织层并被掩埋在创口中。线头留得很短。



4 用黑色丝线缝合黏膜层，常规打结。第1针位于切口中点处。

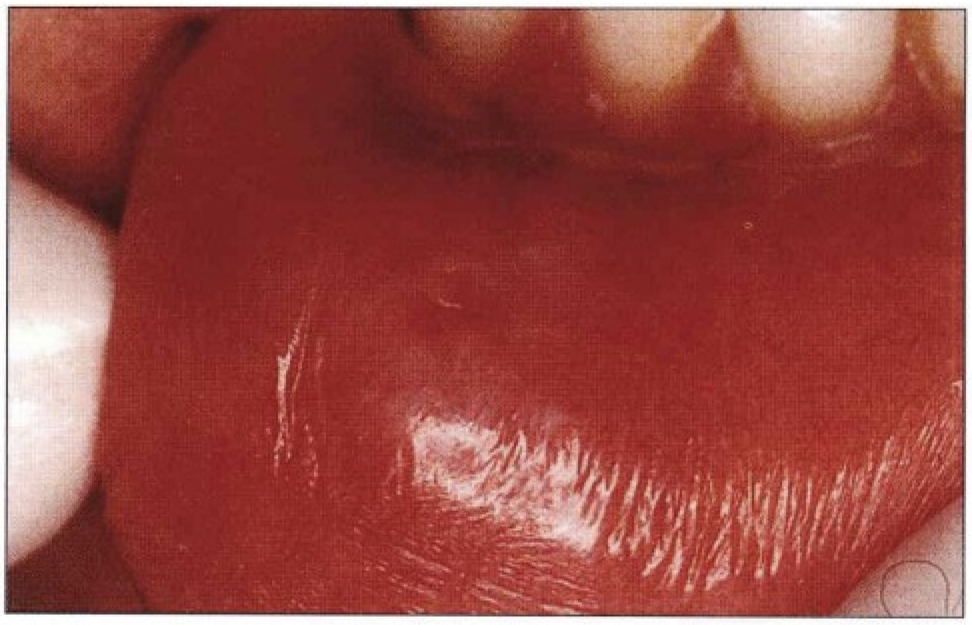


5 进针边距可以大一点，这样有利于创缘对位良好，并使创缘略向外翻，也可以防止术后出血。

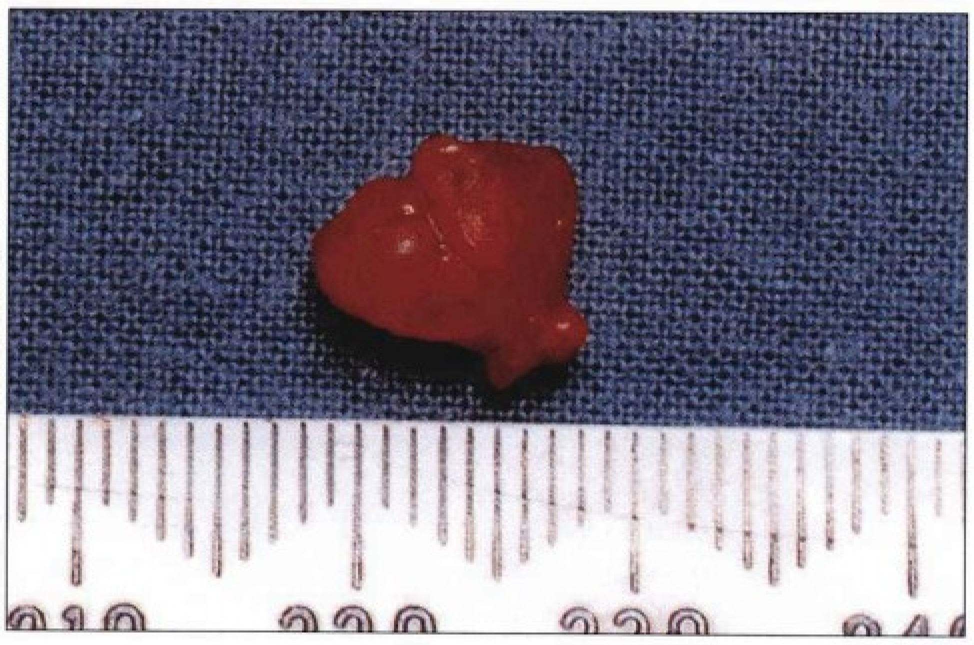


6 切口只需要缝合3针即可关闭。

复诊



1 5 天后拆线，切口已完全愈合。



2 病灶完整切除，送病理检查。囊肿呈圆形，基底部有少量腺体黏附。为了防止术后复发，需切除少量肿物表面的黏膜及其周围黏附的腺体，因此这类手术常伴有黏膜缺损。但在囊肿与表面黏膜无粘连时，也可不切除黏膜。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

11 软组织活检术

Soft Tissue Biopsy

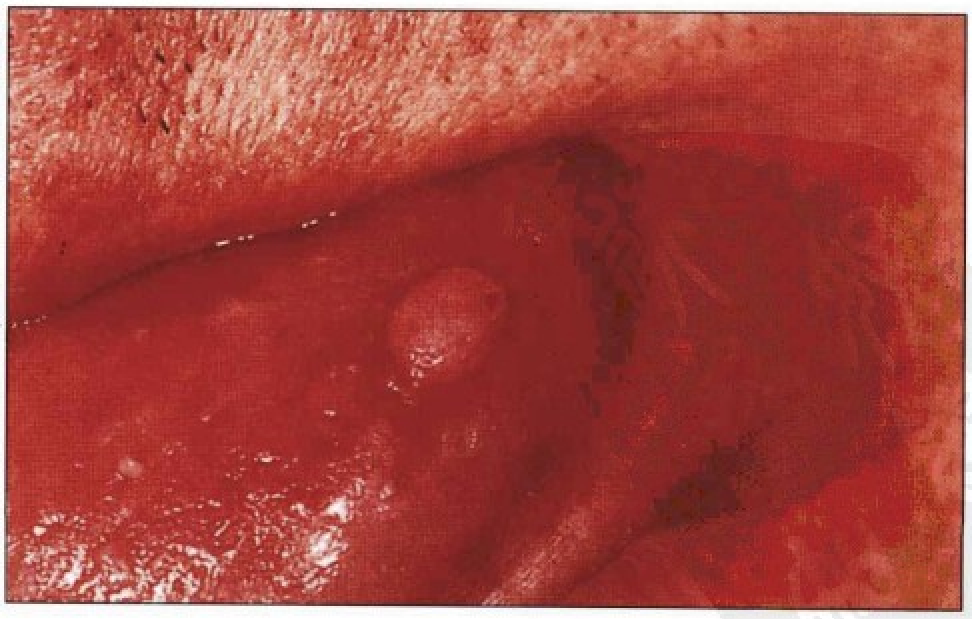
唇部肿物活检术

HB，54 岁，飞机维护工程师，因左下唇黏膜小肿物就诊，主诉发现该肿物 6 个月，呈缓慢增大。经检查，告知患者这是一个良性肿瘤，其同意手术切除。除了目前正在服用硝苯地平控制血压外，无其他病史。

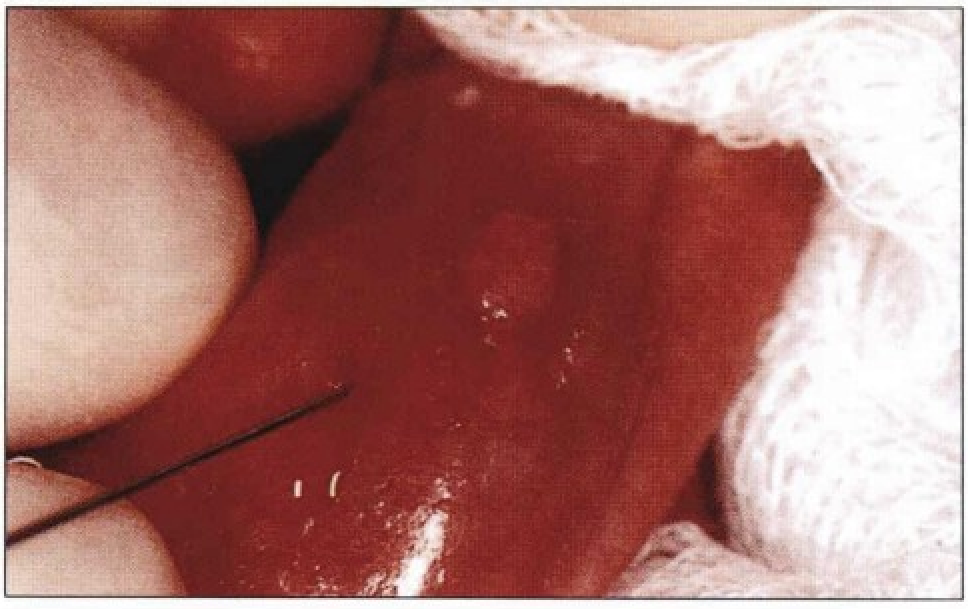
手术操作

手术部位

1 黏膜肿物，大小约 5mm×3mm，基底宽大。

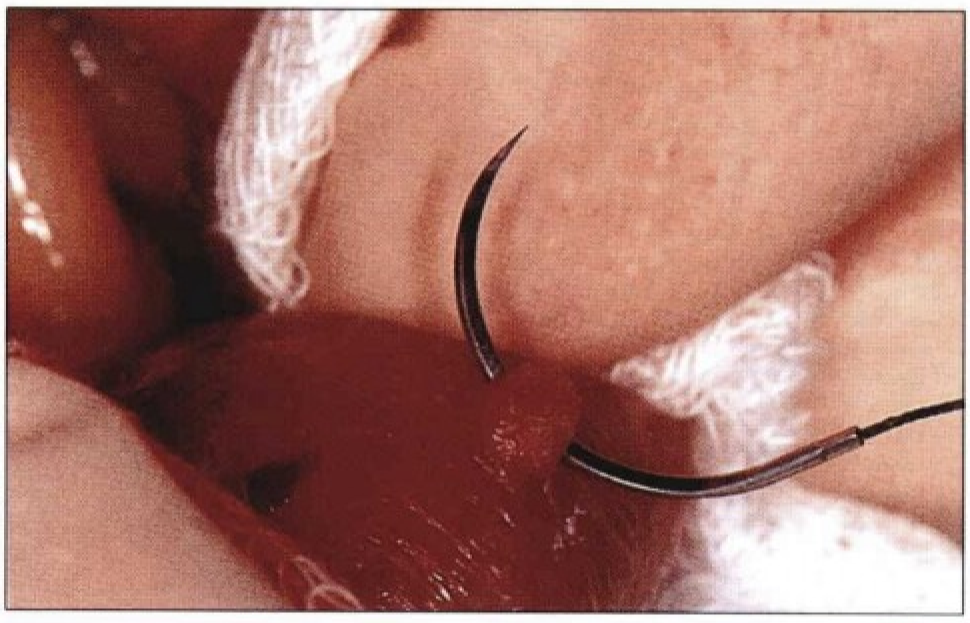


2 用含有 1/80000 肾上腺素的 2%的利多卡因在肿物下方行局部浸润麻醉。嘴唇用双手捏紧以防止其滑脱，进针时分散患者的注意力。

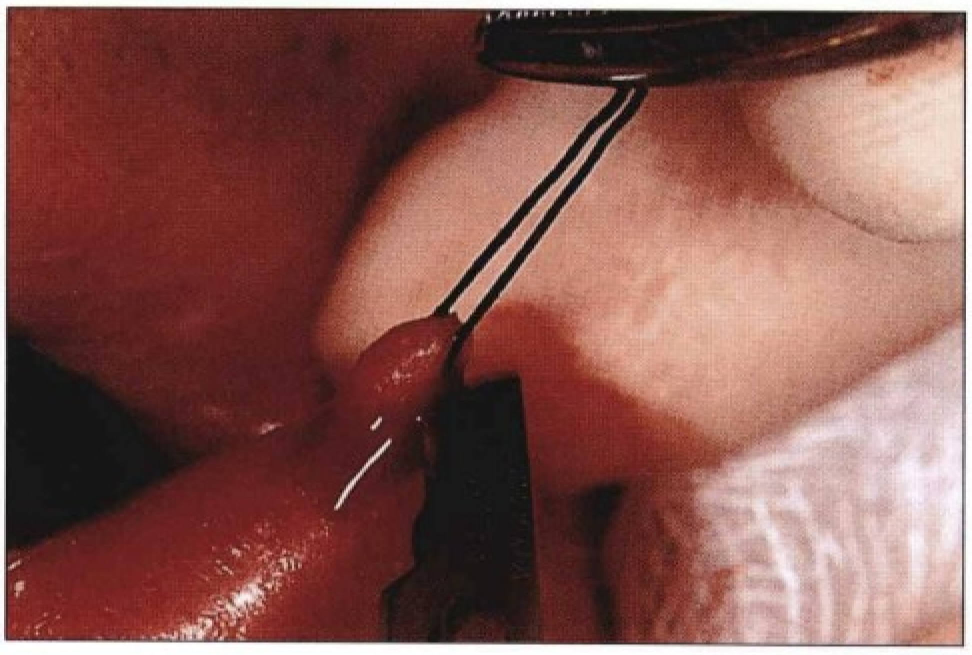


切除

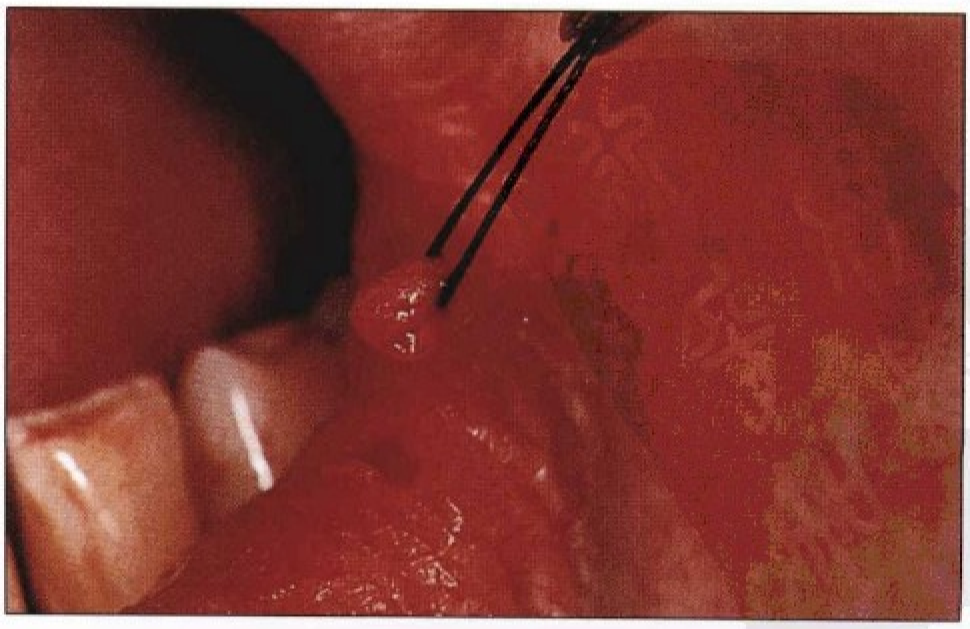
1 肿物用一根缝线穿过。



2 将肿物提起，用手术刀片沿着基底将其切下。



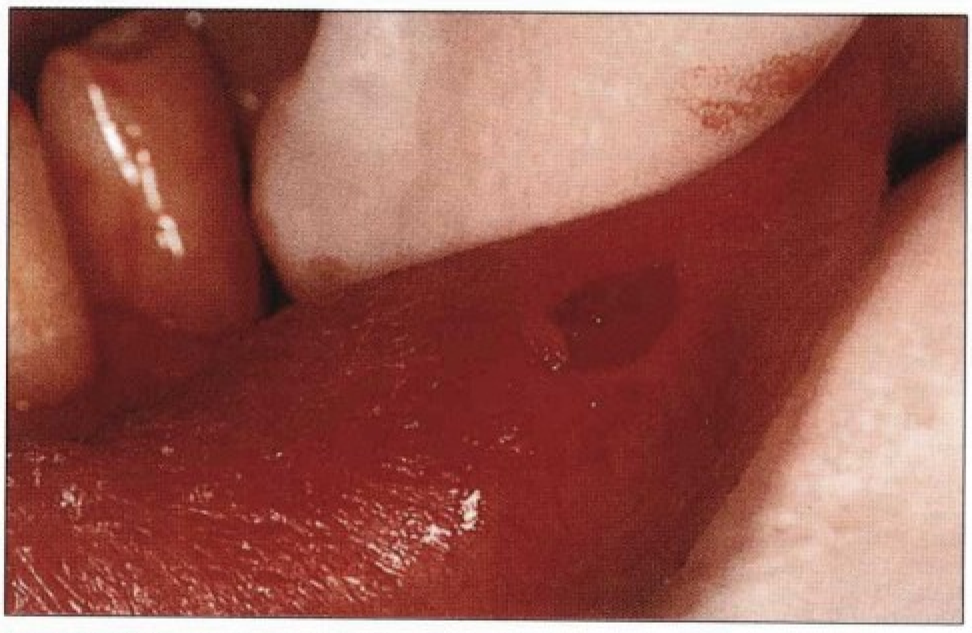
3 肿物被切除，创面出血很少。



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

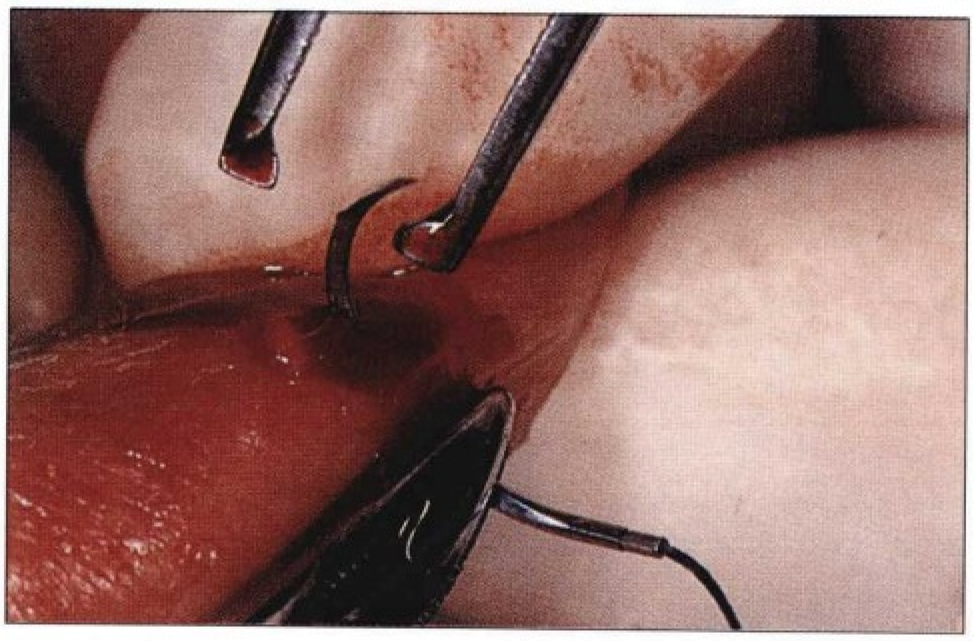


4 保留穿过肿物的缝线，标本送病理检查。

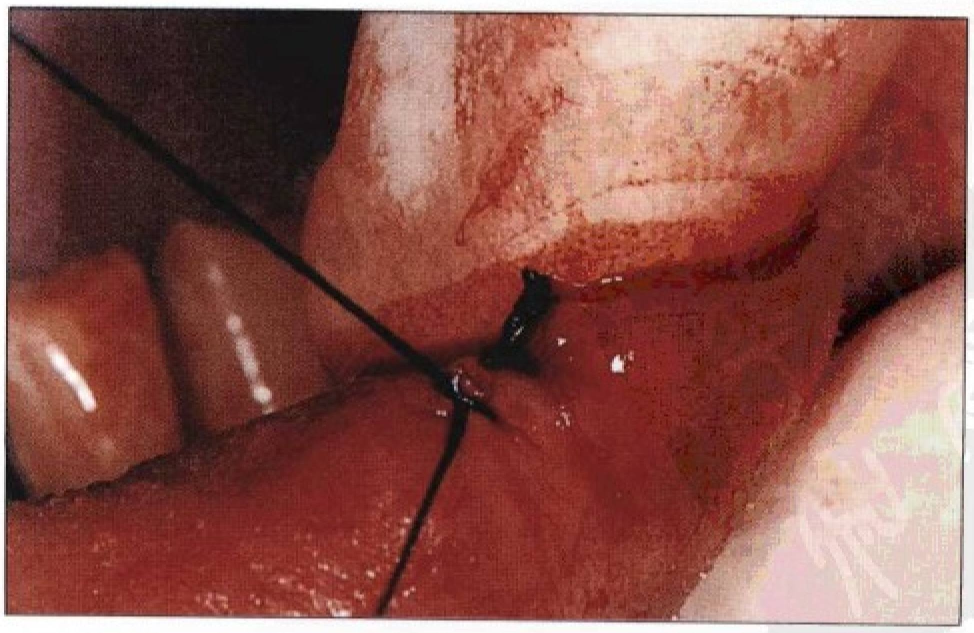


5 缝合前的黏膜缺损呈椭圆形。

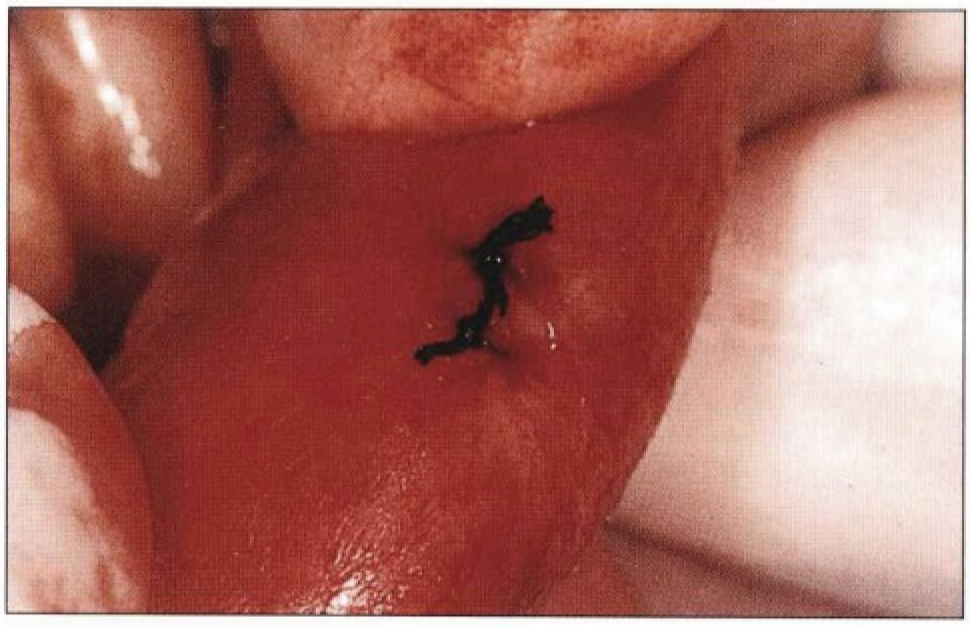
关创



1 第 1 针穿过椭圆形黏膜创面的 1/3 处，边距适中。



2 第 2 针缝合剩余创面。



■3 缝线打结松紧适中，出血基本止住。创面渗血可用手指捏紧下唇 2 分钟（要算准时间，宜用钟表控制）来止血。

复诊



■ 1周后，缝线自行脱落，切口已经愈合。那些易患复发性疱疹性唇炎的患者，在下唇创伤后，很容易并发小的疱疹。组织病理学检查结果示：纤维增生，伴角化上皮。为防止复发，叮嘱患者不要咬下唇。

PDG

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

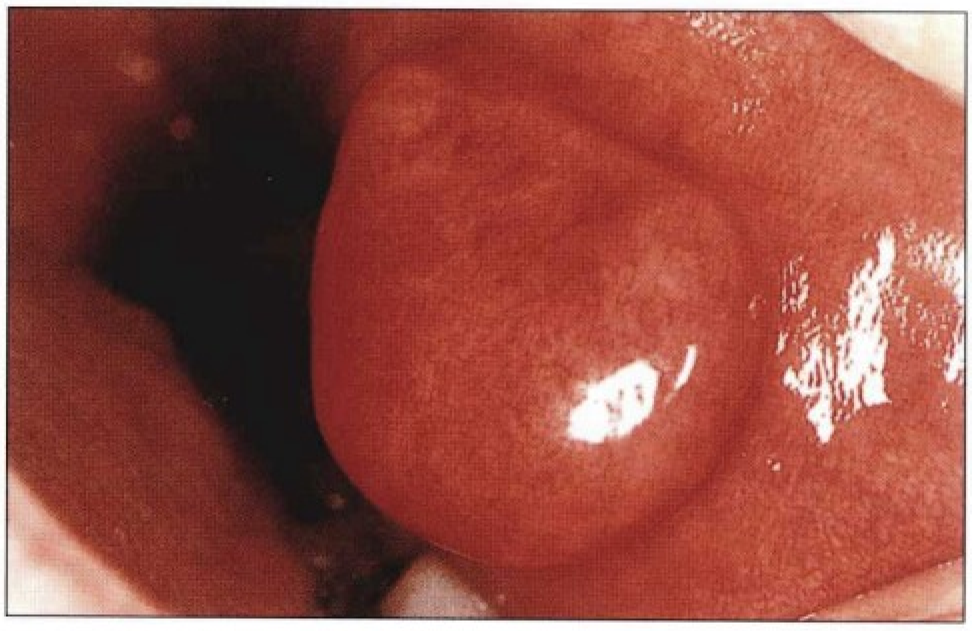
颊部纤维上皮息肉切除术

AC，37 岁，健康成人，左颊黏膜一较大的无痛性肿块，自发现 2 年多来，呈缓慢增长，吃饭时带来不便。经检查，告知该肿块为良性，建议在局麻下切除，患者表示接受手术。

手术操作

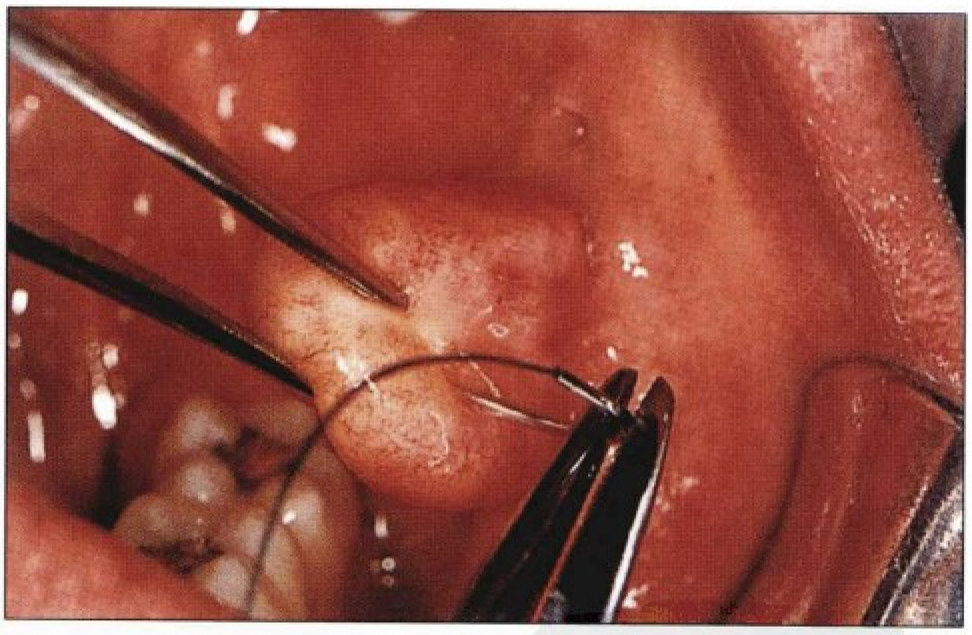
手术部位

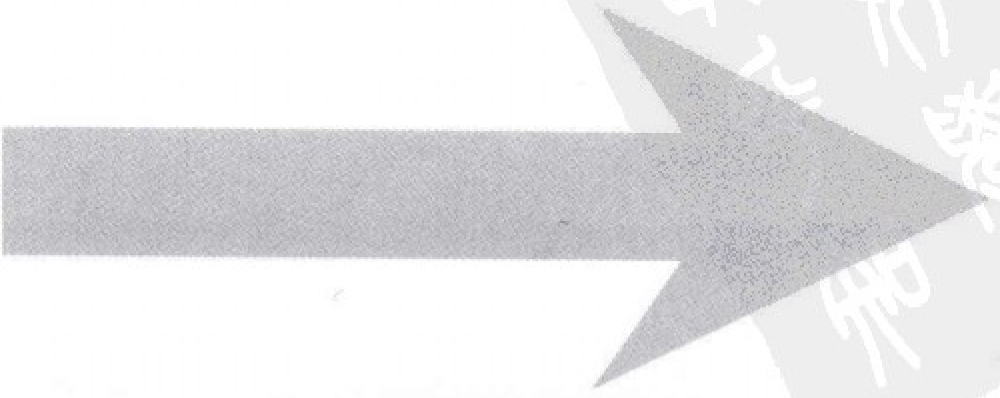
■ 颊部大的息肉，可活动，带蒂。



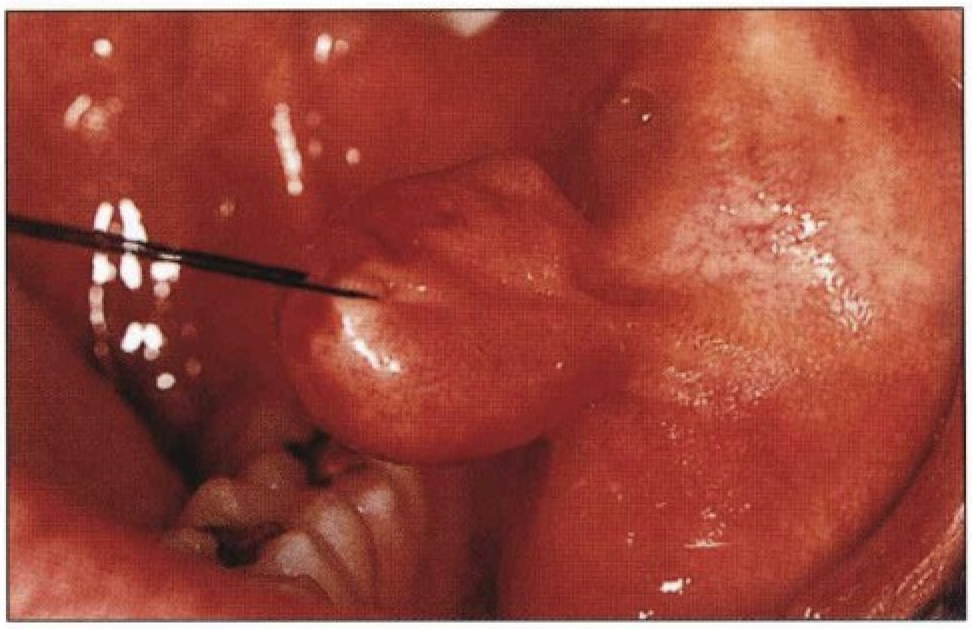
切除

1 用一根缝线贯穿息肉。

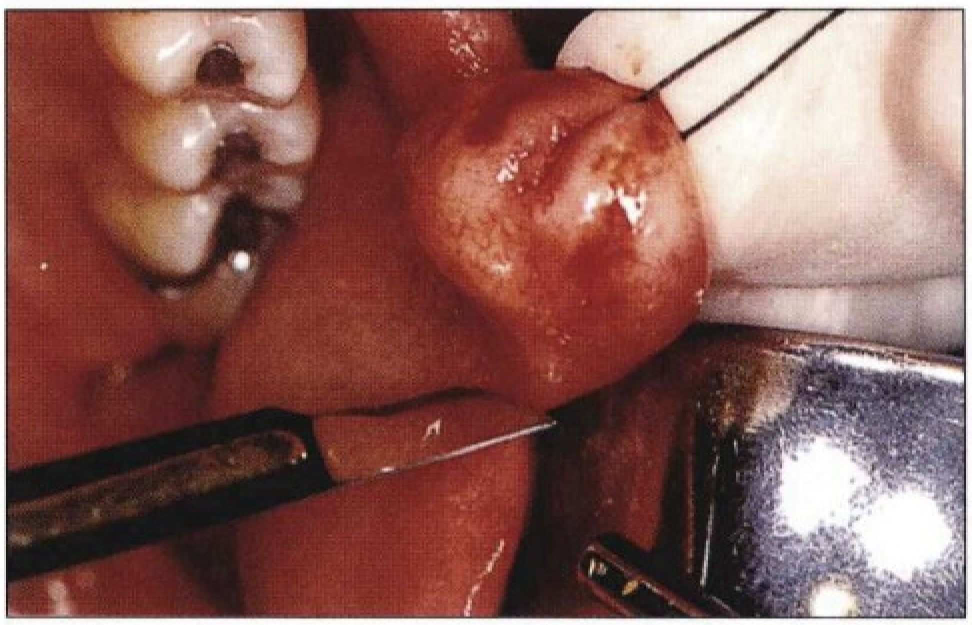




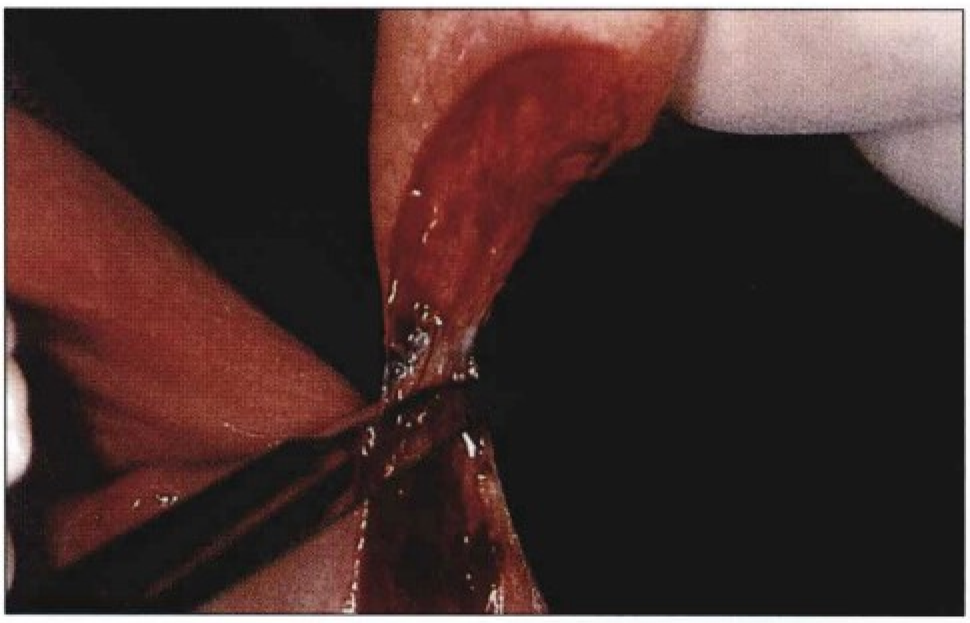
2 通过缝线将息肉提起以方便操作。息肉周围颊部黏膜发白，表明局麻药已经广泛渗透到周围组织。使用血管收缩剂，可减少出血。小的血管可以通过钳夹或电凝止血。



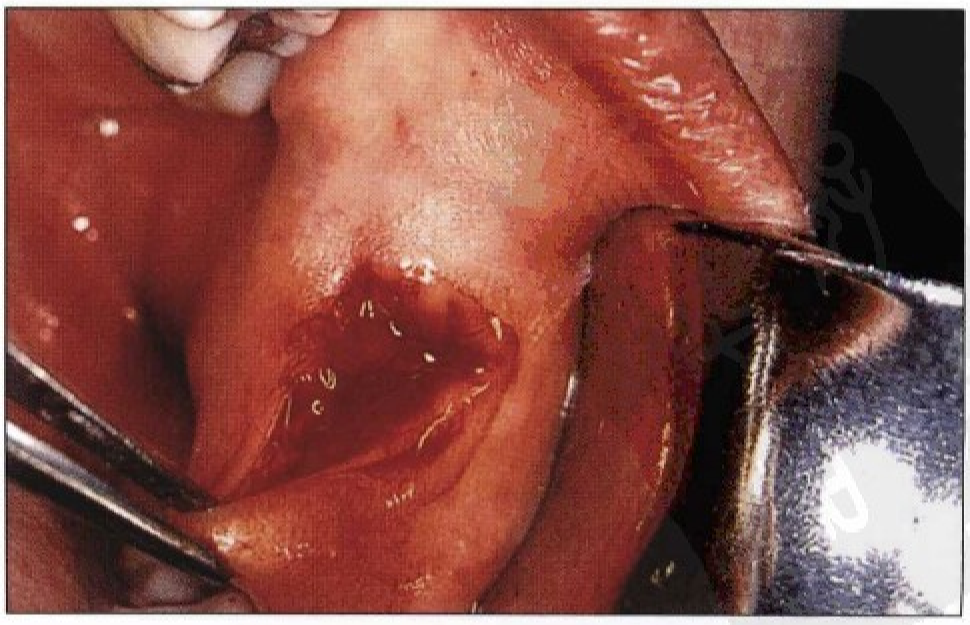
3 将穿过息肉的缝线拉紧，手术刀沿着其基底切除。根据个人习惯，也可以选择手术剪，手术剪在切除小肿物时很方便。



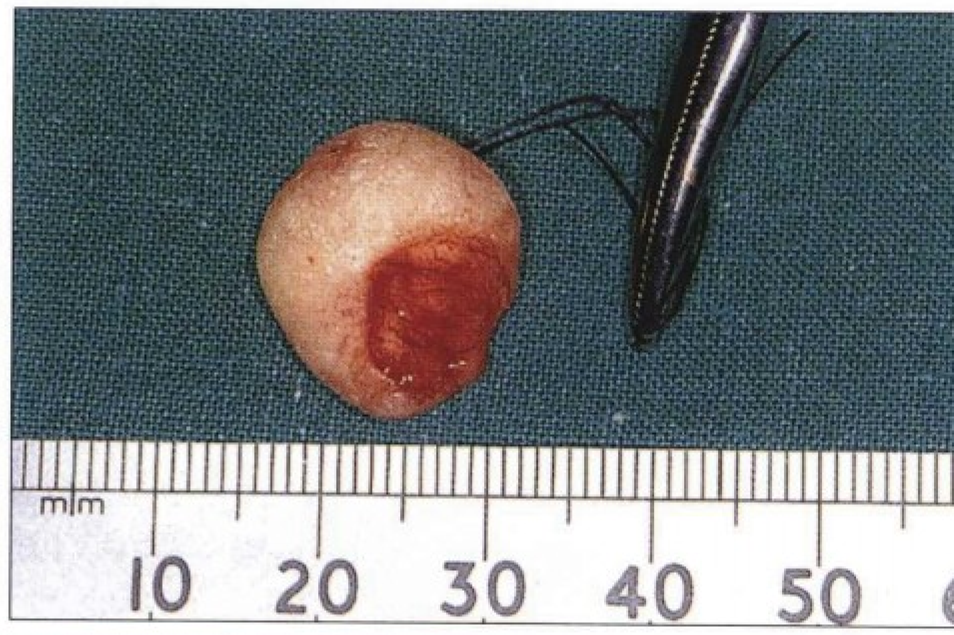
4 用手术刀切除其最后的附着处。



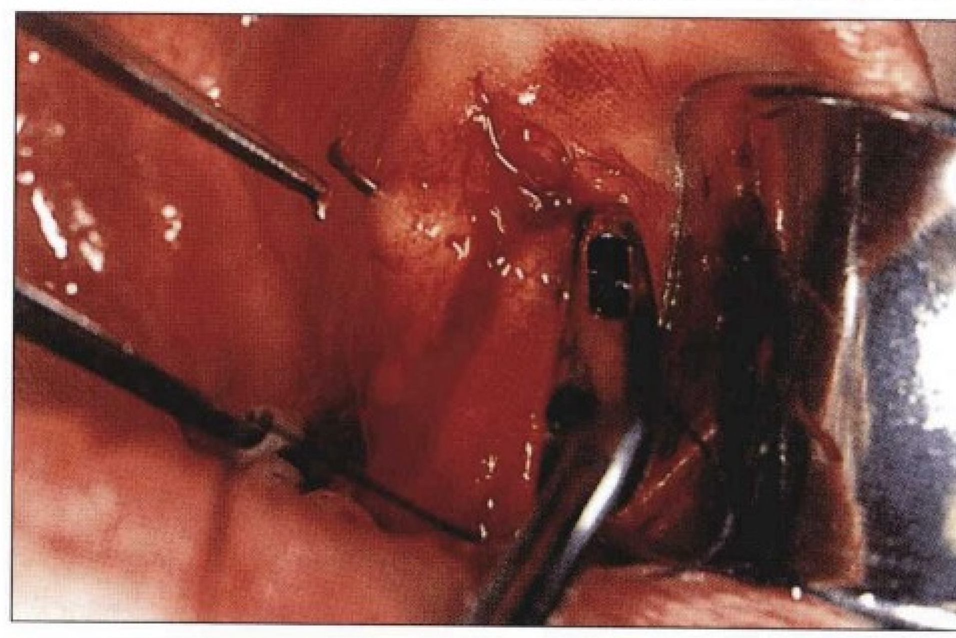
5 息肉切除后所导致的组织缺损不规则，创口周围组织可以移动，不需要进行潜行分离来关闭创口。



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

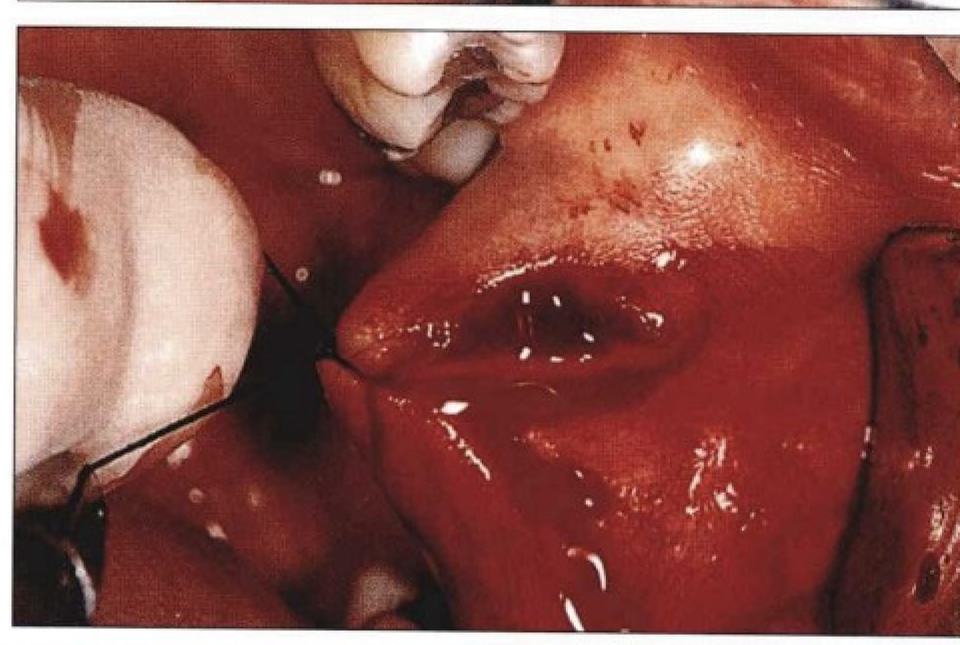


6 切除的息肉送病理检查，贯穿其中的缝线不要抽出，这有助于病理科医生确定标本的方向和行针路径。



关创

1 第 1 针进针边距较宽，目的是为了使创缘对位良好，减少黏膜下组织的出血。



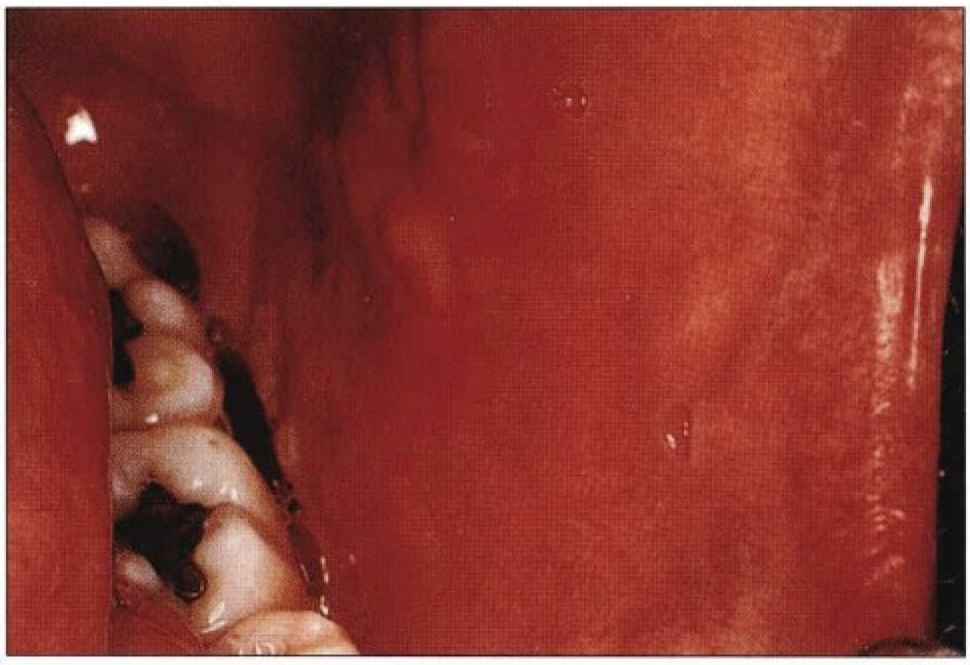
2 然后将一根缝线打结，拉紧，使剩余的不规则的创口呈直线形。



3 接着缝合第 2 针，减小创口，使用 Gillies 持针器，其一大优点是可以通过持针器前端上方的眼来调整针尾，使其与持针器呈直线。



4 一共缝合 3 针，创缘缝合整齐，出血已止。



复诊

1 周后拆除缝线，虽然组织仍然有轻微的水肿，但切口愈合良好。可以预见完全愈合后切口瘢痕很小。

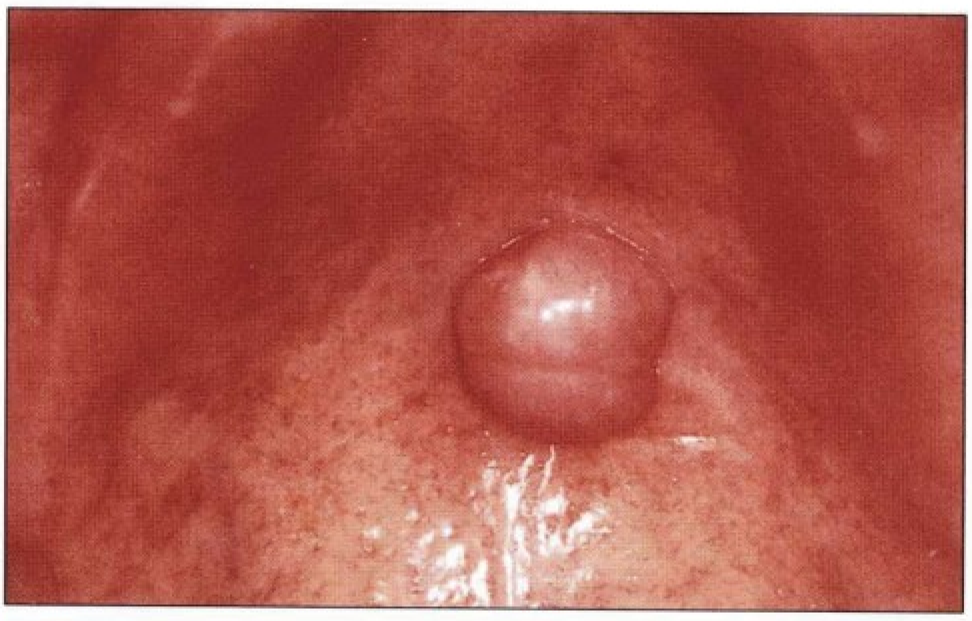
公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

腭部纤维上皮息肉切除术

JM，65 岁，家庭主妇，儿童时期即发现腭部小肿物，但一直没有手术切除。在告知肿物的存在将会影响新义齿的制作后，患者同意在局麻下切除该肿物。临床诊断该肿物为纤维上皮息肉，也可能是多形性腺瘤。

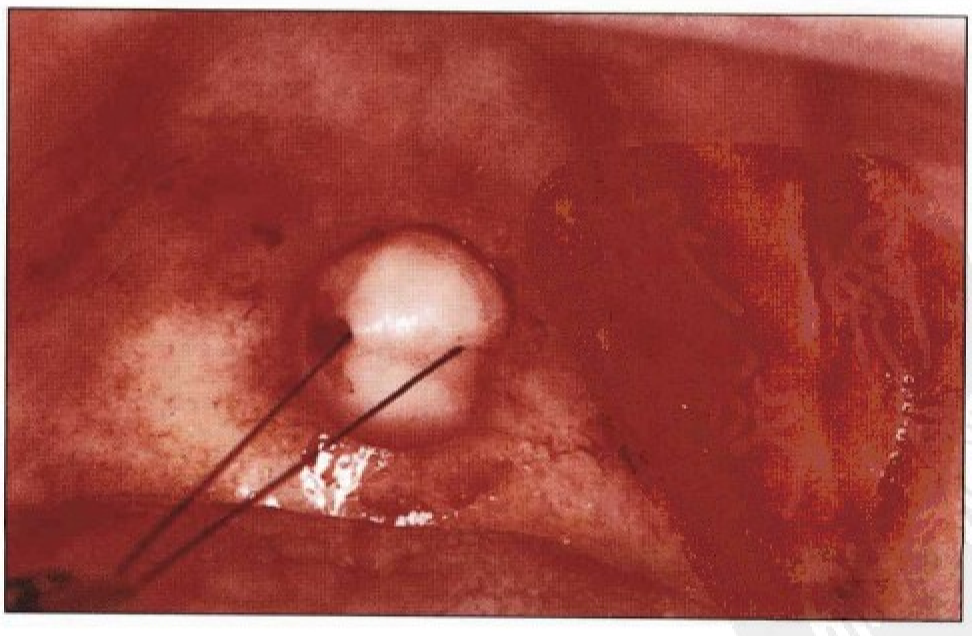
手术操作

手术部位



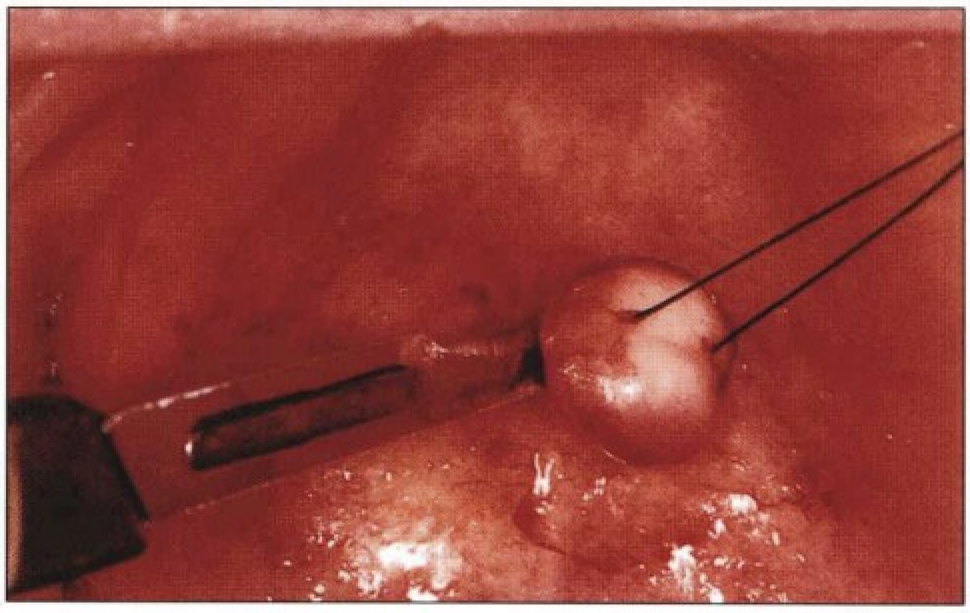
■ 在肿物基底行局部浸润麻醉。

切除



1 用一根缝线穿过肿物，牵拉肿物。

2 手术刀沿其蒂部切除。

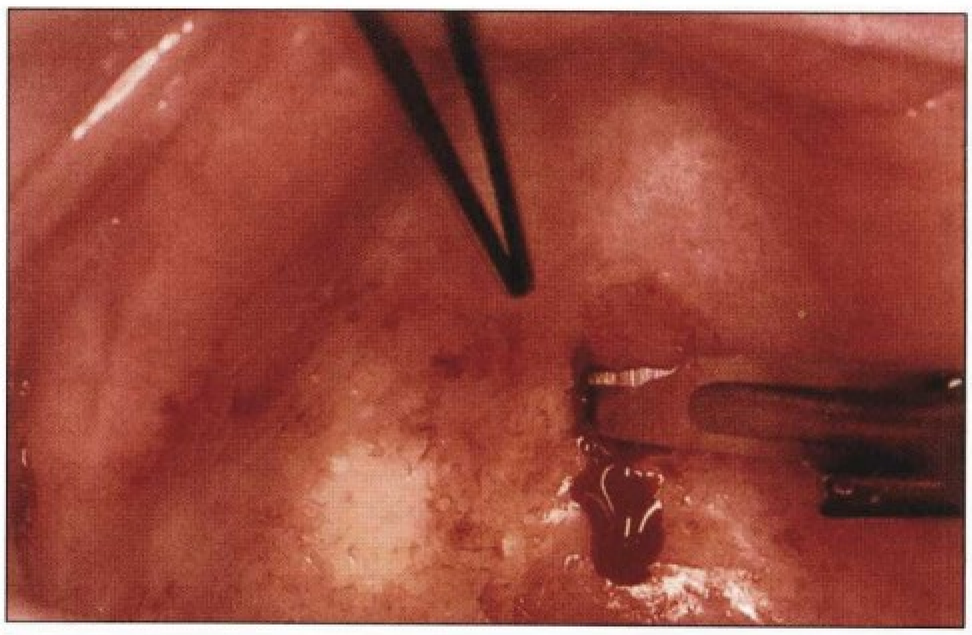


3 创面呈不规则椭圆形。

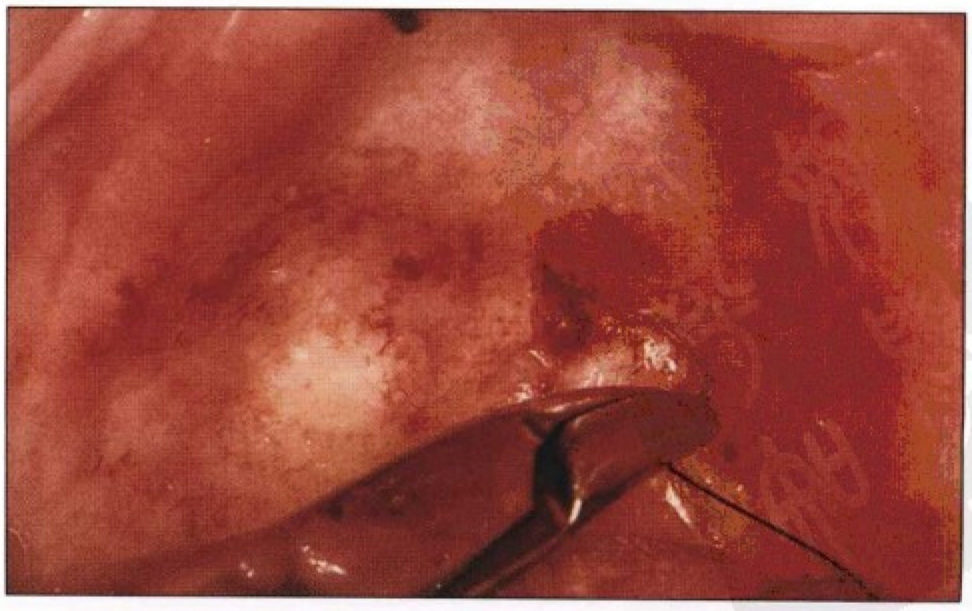


关创

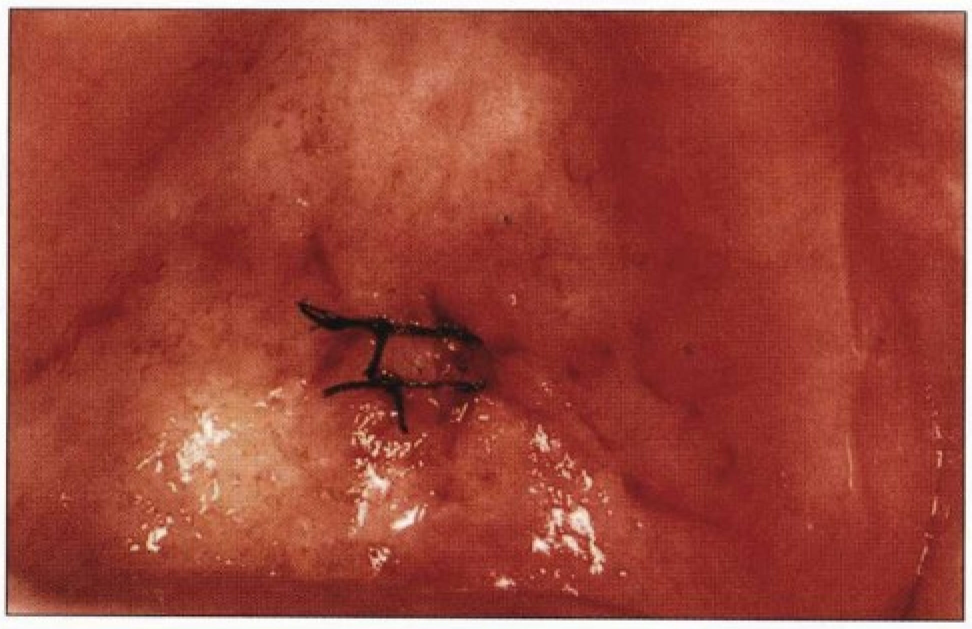
1 创缘下方稍作潜行分离以便无张力关创。



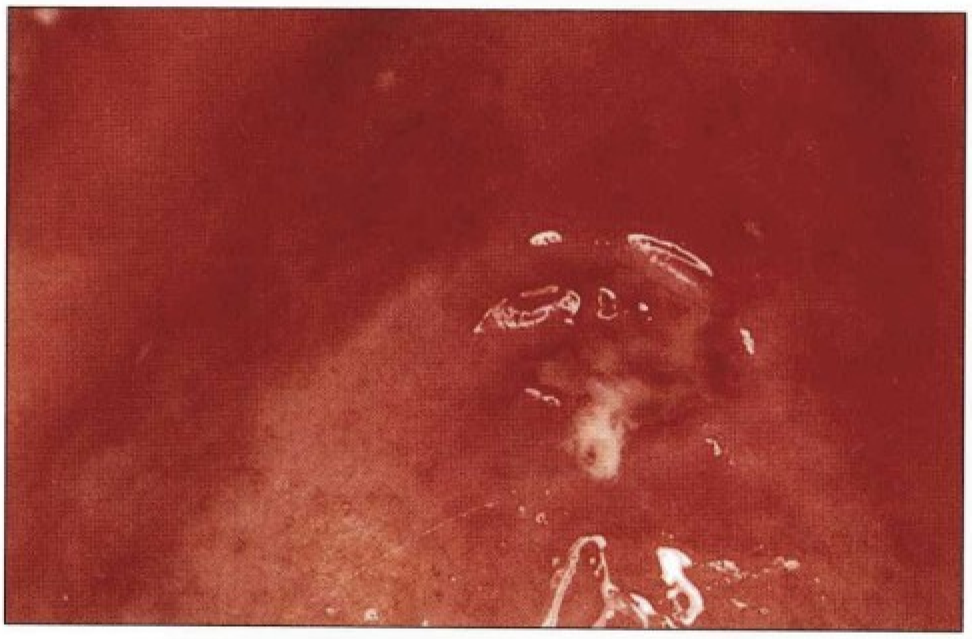
2 用 Gillies 持针器夹住针的尾部，进针边距较大。



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注



3 创口缝合两针。



复诊

■ 1 周后，缝线自动脱落，虽然有一些炎症表现，但患者未感不适，愈合满意。

病理学检查

■ 组织病理学检查显示局部区域纤维增生，伴上皮轻度角化，这与临床诊断纤维上皮息肉一致。

PDG

12 口腔上颌窦瘘修补术

Repair of Oro-antral Fistula

口腔上颌窦相通和牙根异位的处理

CJ，36 岁，保安，因左上颌第二磨牙疼痛而就诊。在拔除第二磨牙过程中，颊侧根进入上颌窦，腭侧根完整拔除。X 线检查确认牙根进入上颌窦，患者同意即刻在局麻下取出残根。向患者解释该并发症出现的原因以及手术可能存在的后果，患者表示理解。

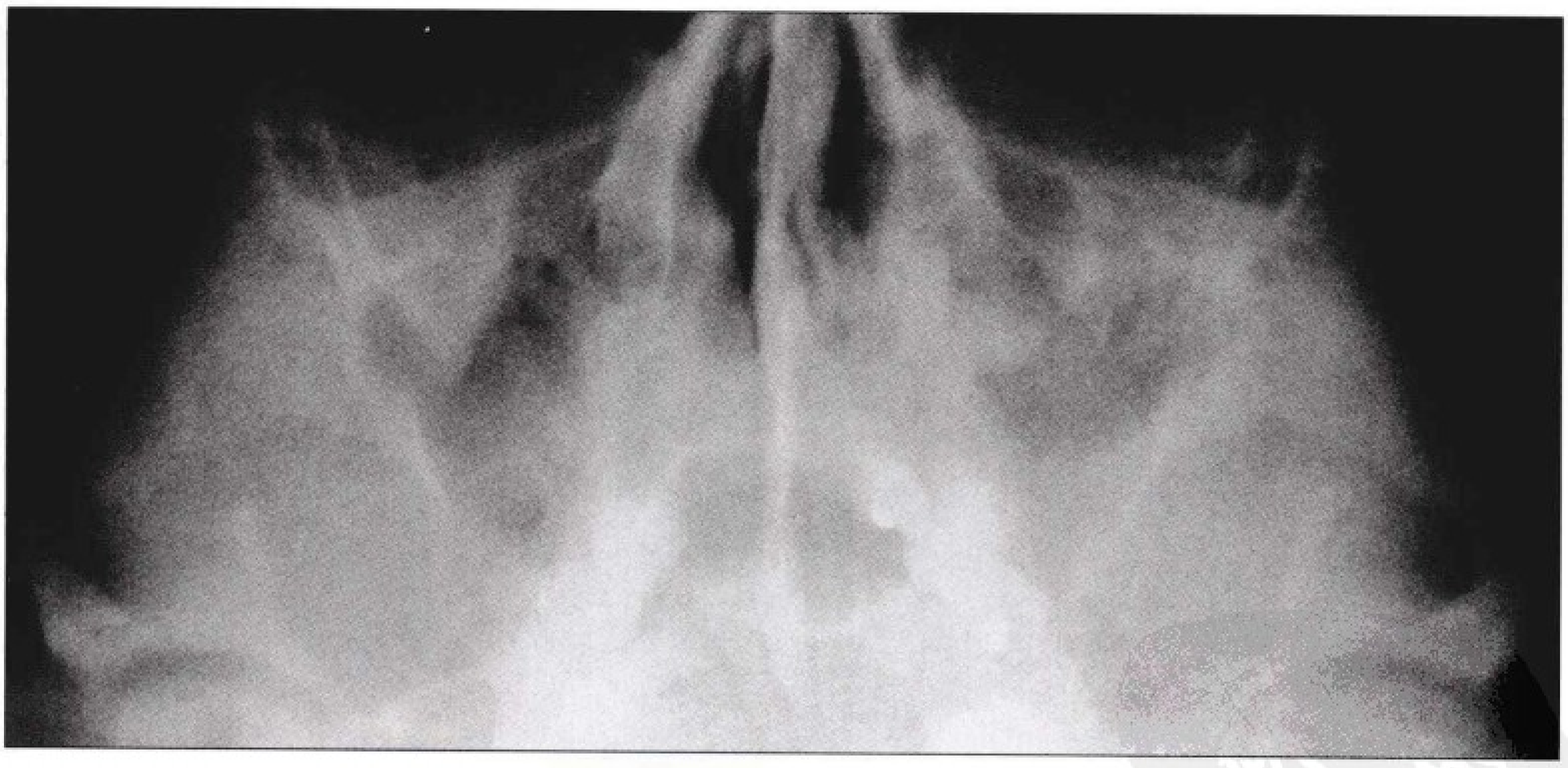
影像学分析



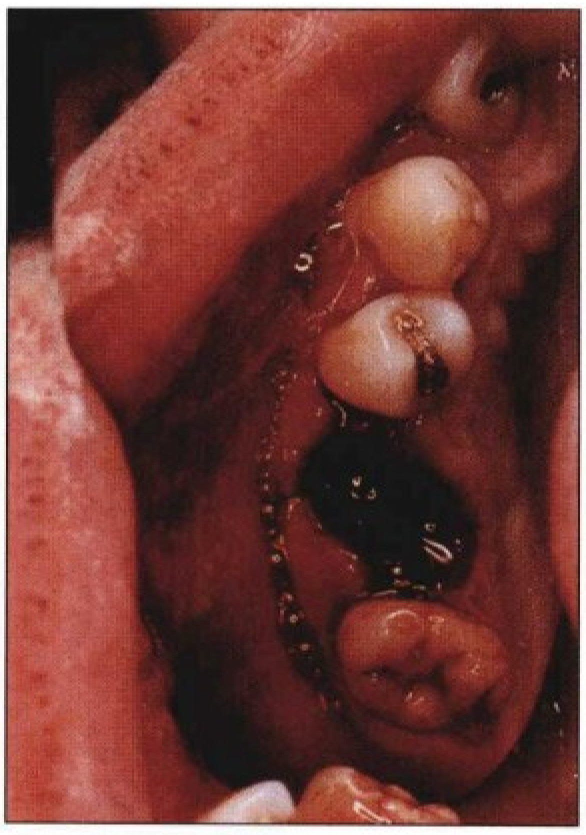
公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

根尖片清楚地显示异位的牙根位于牙槽窝底上方，在上颌窦内。上颌咬合片证实了这种情况，两个牙根显示得格外清楚。因两张根尖片是从不同角度进行拍摄的，所以显示的稍有不同，但有一点可以确定，就是牙根刚刚超过牙槽窝底，通过牙槽窝进入就能够看到牙根。华特位片不能显示牙根影像，但却显示在左侧上颌窦的下部有一不透光区，同时显示右侧上颌窦与左侧具有同样的透射性，表明右侧上颌窦没有发生病变。



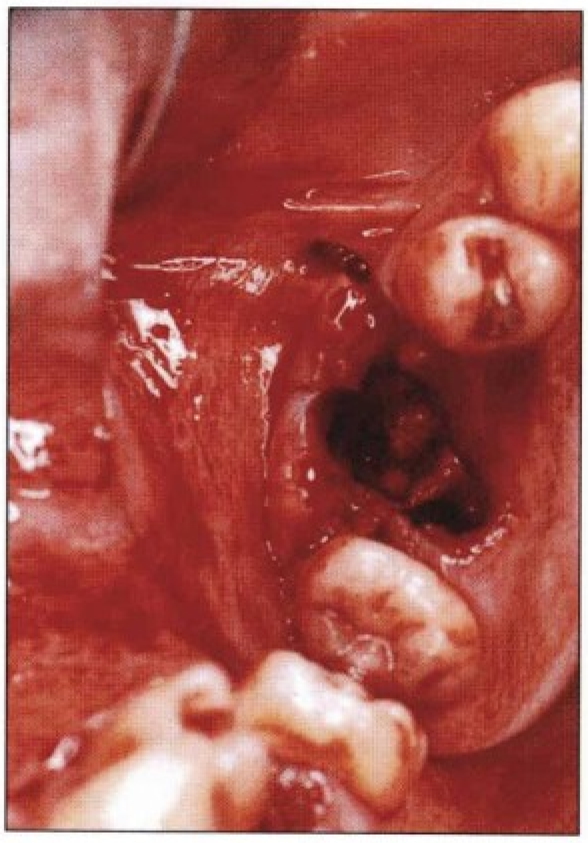


手术操作



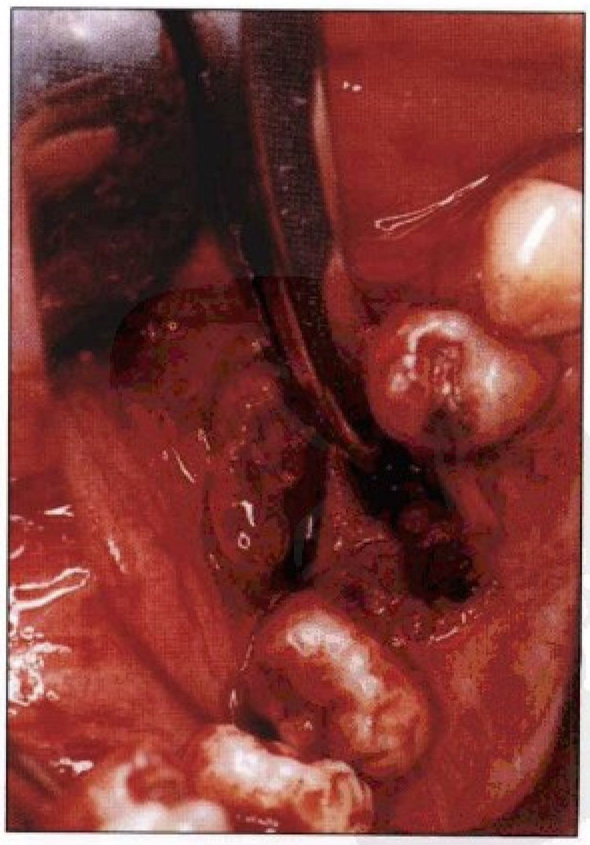
手术部位

■ 右上颌第二磨牙的牙槽窝内充满血凝块，颊侧龈缘完整，没有损伤。



切口

■ 沿着颊侧龈缘近远中处向前庭沟方向各做一条松弛切口。



拔除

1 去除牙槽窝内的部分松质骨。由于吸引器的充分吸引和手术灯精确投照，可以看到牙根位于上颌窦内，离其原来位置不远。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

2 牙根可用直的血管钳夹住。



3 取出牙根。



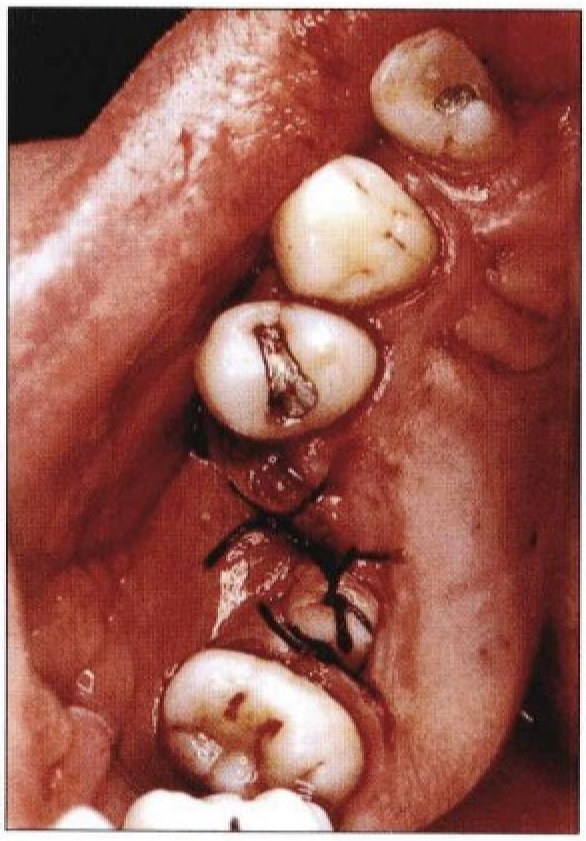
关创

1 颊侧瓣近远中向骨膜切开松弛切口，使其能无张力开闭牙槽窝。





2 前两针将颊侧瓣的近远中与腭侧龈缘缝合。



3 接下来缝合松弛切口和关闭牙槽窝的中央部位。



4 因为法医学的原因，保留牙根以及黏在其上的骨质，并且拍照保存。

复诊

■ 阿莫西林、麻黄素滴鼻液、薄荷脑和桉油吸入剂，连续使用 5 天。伤口愈合良好，没有瘘管残留。由于口腔上颌窦瘘属于并发症而非疏忽、过失，病人对发生这种情况表示理解。

PDG
公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

慢性口腔上颌窦瘘修补术

SM，51岁，学校秘书，曾拔过牙齿，恢复过程良好。但左上颌磨牙区一牙槽窝长期不愈，擤鼻涕时可以感觉到那里有气流通过。在拔除牙齿后，这个部位曾出现过疼痛，但慢慢好转，6个月后复诊检查时发现有一个瘘管。局部没有炎症，也没有分泌物。患者身体健康，偶尔由于焦虑而服用劳拉西泮。患者同意在局麻下关闭该瘘管。

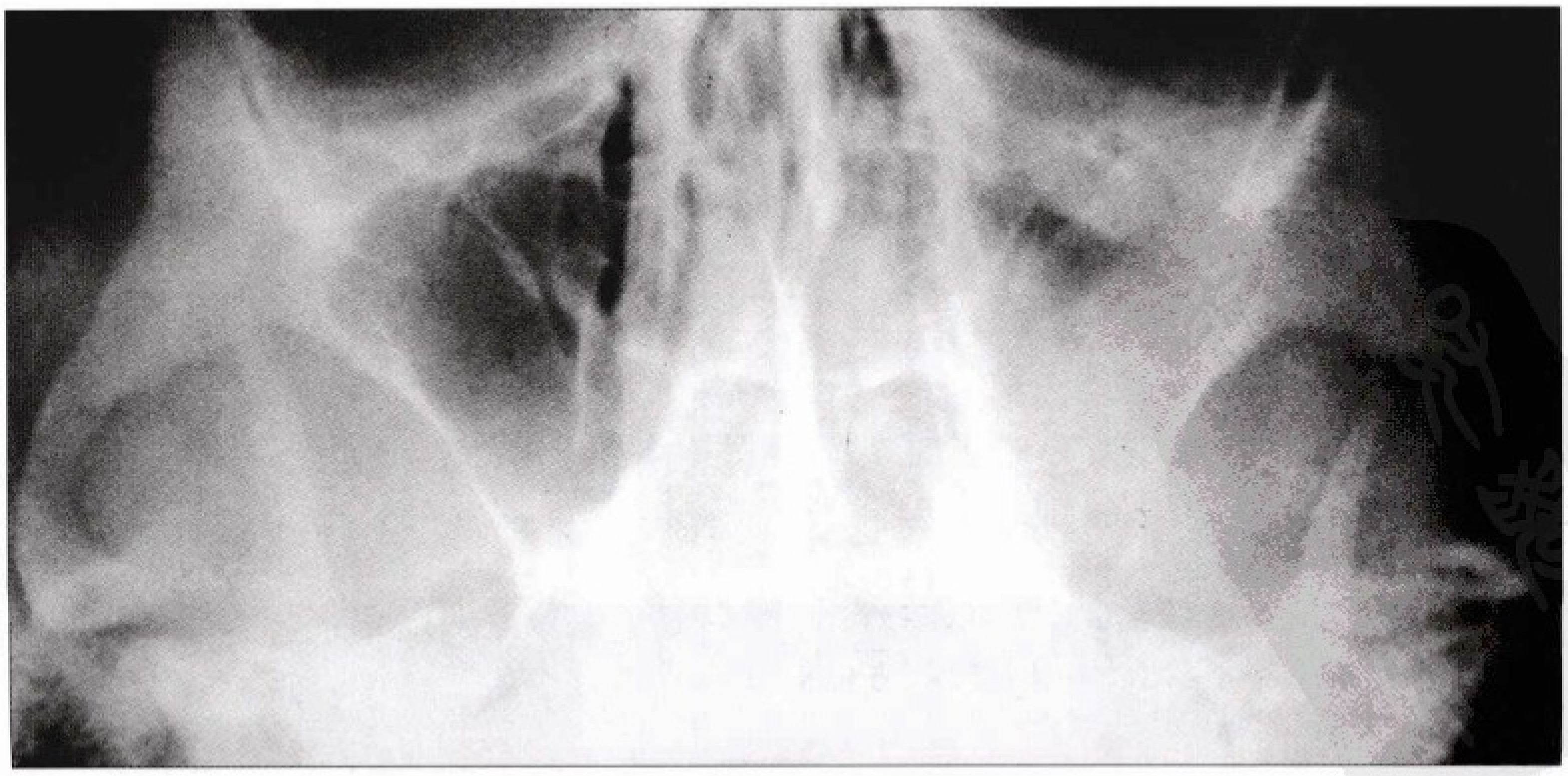
注意：是否可由口腔开业医生施行长期存在的瘘口关闭术，这是个值得探讨的问题。不过，选取这个病例主要是为了展示颊侧滑行瓣的手术技巧，并且对没有症状的患者进行小瘘口的关闭不需要专门的外科医生。

影像学分析

根尖片显示磨牙区牙槽窝未愈的影像，并且上颌窦底影像不连续。在这种病例中，拍根尖片主要是为了排除残留牙根的存在。



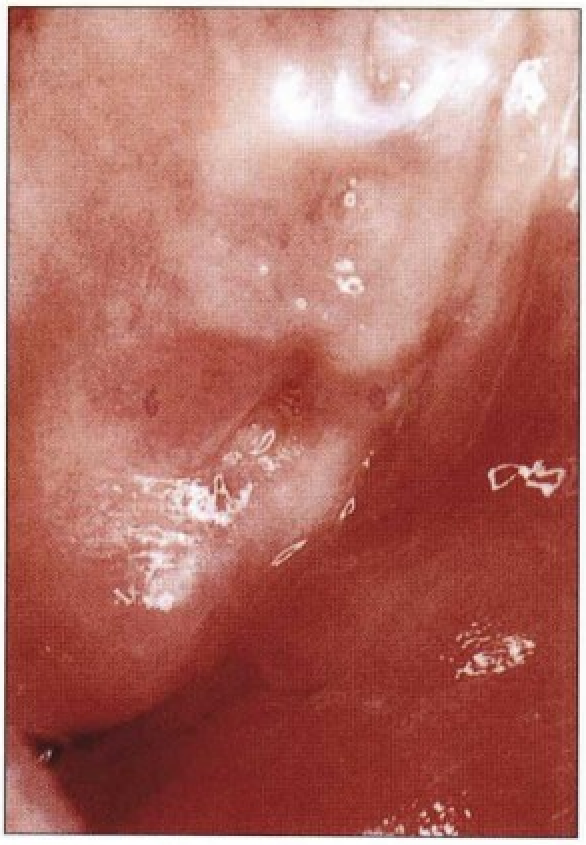
华特位片显示左侧上颌窦部分阻射。可能是由于瘘管存在，经常伴有炎症，导致上颌窦黏膜肿胀。右侧上颌窦透射性好。



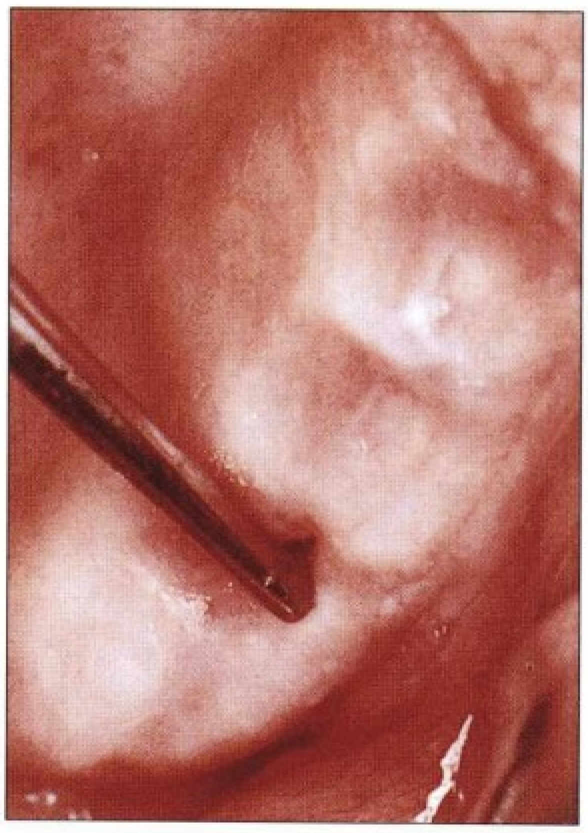
手术操作

手术部位

1 瘘口处牙槽黏膜健康，呈白色，其边缘凹陷，显示6个月前拔牙后牙槽窝的外形。



2 从牙槽嵴顶的凹陷处，探诊瘘管的位置。



切口

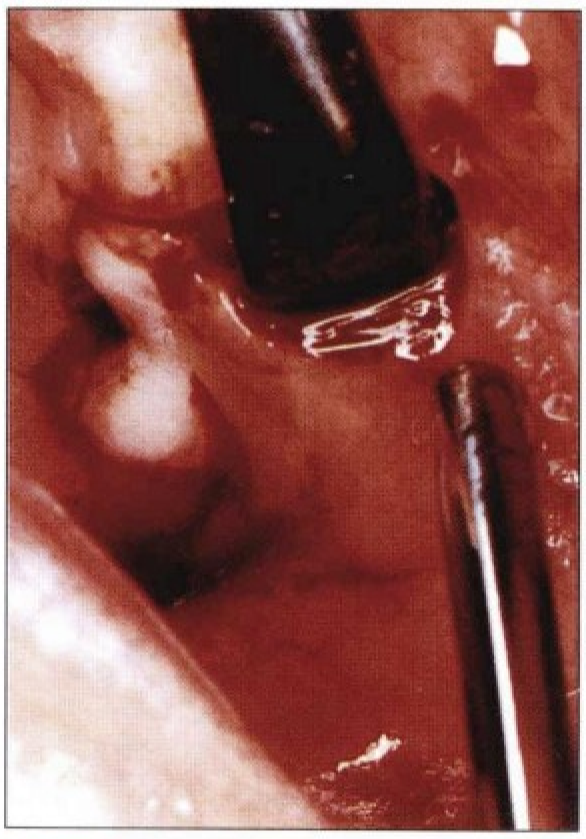
1 首先用 II 号刀片切除瘘口周围的上皮组织。



公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注



2 沿着牙槽嵴顶做一个包括瘘口的长约 1.5cm 的切口，切口两端分别做一个直角形的松弛切开，然后拐向前庭方向，使瓣有宽的基底。

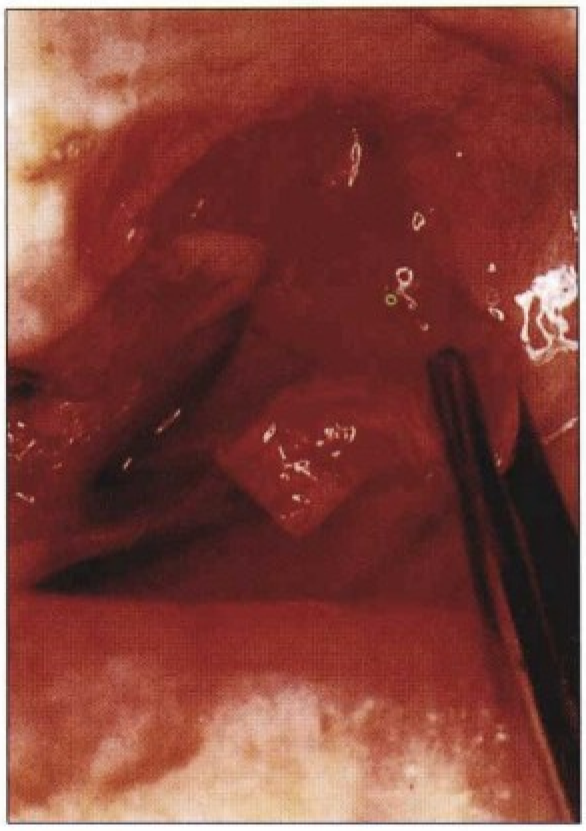


翻瓣

1 Howarth 骨膜剥离器插入颊侧骨膜下，翻起黏骨膜瓣，至附着龈下方。



2 可以看到黏骨膜下方的骨缺损，部分被炎性的上颌窦黏膜遮挡。



3 在骨膜下潜行分离松弛黏骨膜瓣。



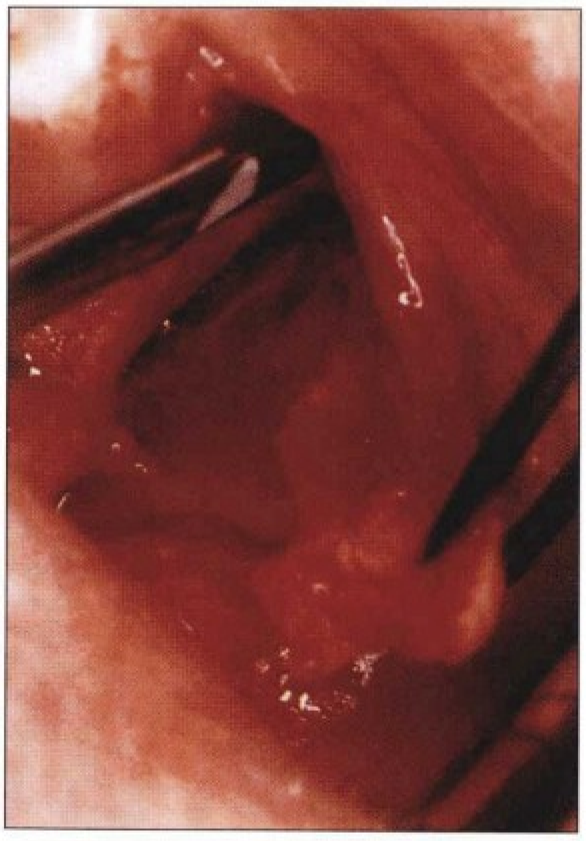
4 瓣可以拉拢关闭瘘口，但是要达到大面积的接触，则需用很大的拉力。



切开骨膜

1 切开坚韧无弹性的骨膜，减少瓣的张力。

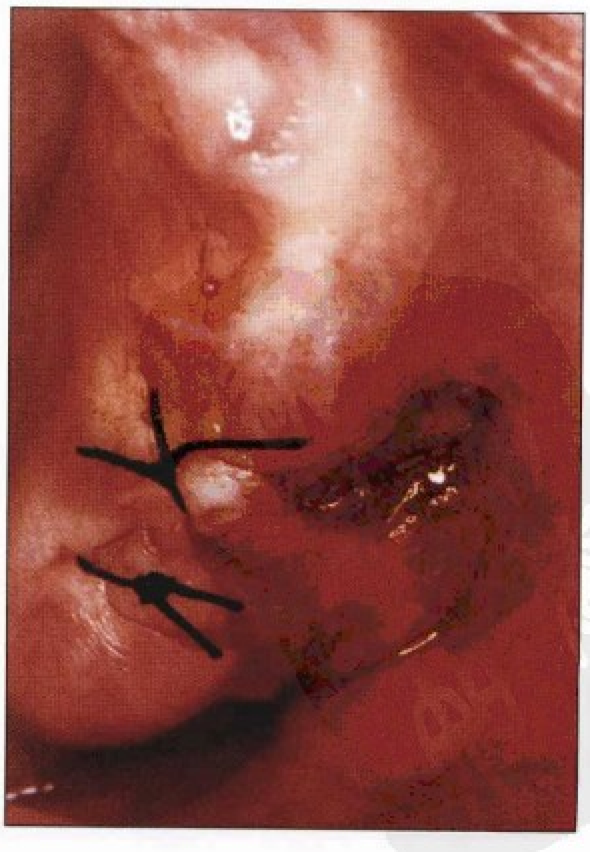
公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注



2 颊侧黏膜瓣具有很大的弹性和延展性。骨膜上的切口清晰可见，已经达到所要求的松弛程度。然后用手术刀延长近中松弛切口。



3 用组织镊夹住颊侧瓣，检查其可移动的程度，在骨膜切开后，这个瓣可以盖过或者超过瘘口而没有张力。更大的缺损都可以用这种方法来关闭。



关创

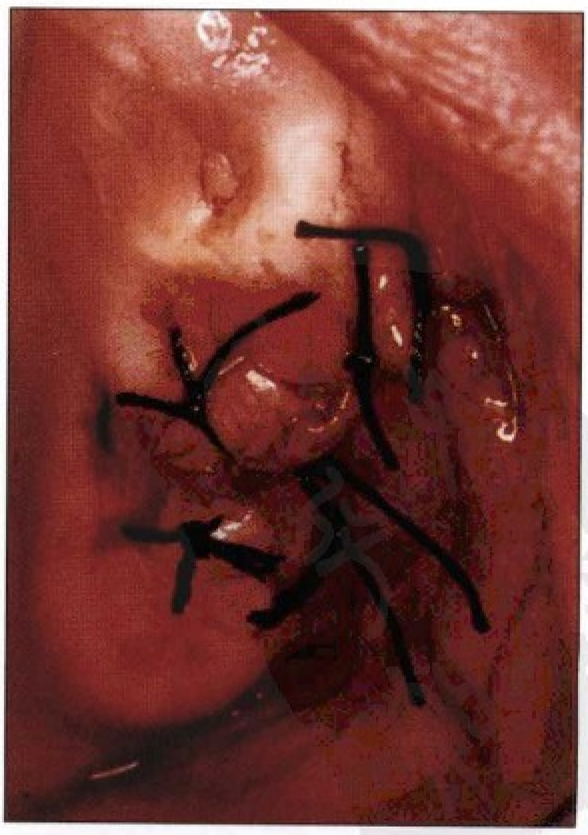
1 头两针采用间断缝合，缝住瓣的近远中角以固定住黏骨膜瓣。



2 接着缝合 3 针，关闭近远中松弛切口。



3 最后一针用水平褥式缝合，使切缘外翻增加接触面积。



4 最后一针缝线剪线时可以留长一点，在拆线时好辨认。不同的病例，具体缝线的数量和位置不同，但缝合的顺序与上述基本一致。

复诊

■ 阿莫西林、麻黄素滴鼻液、薄荷脑和桉油吸入剂，连续使用 5 天。10 天后拆线，创口愈合良好。

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

PDG

附 录

Appendix

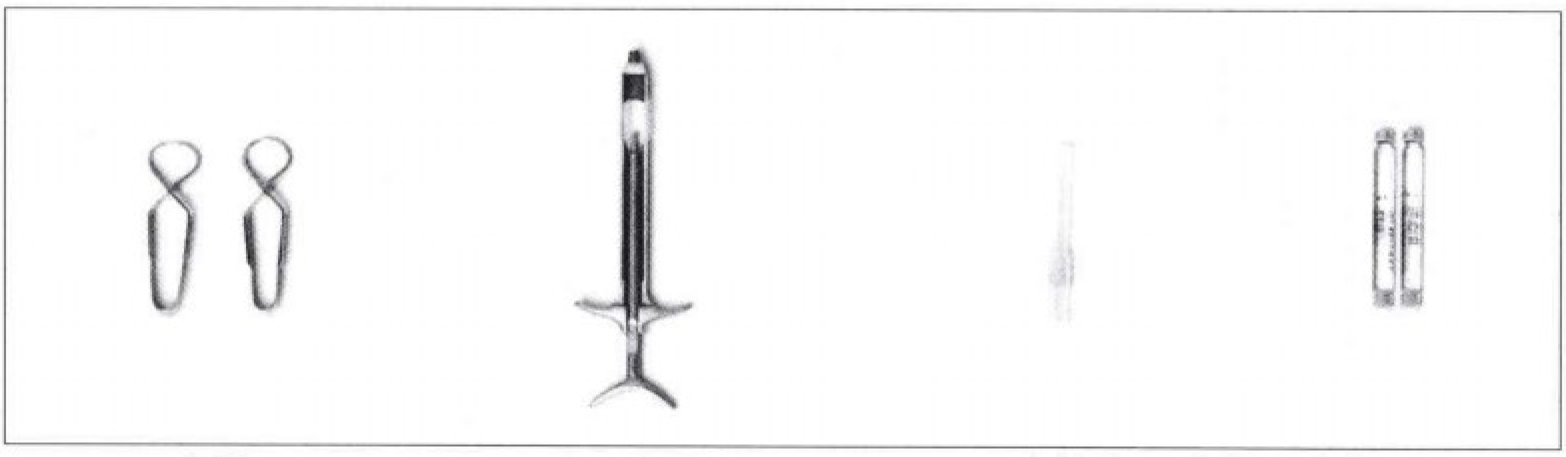
公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

PDG

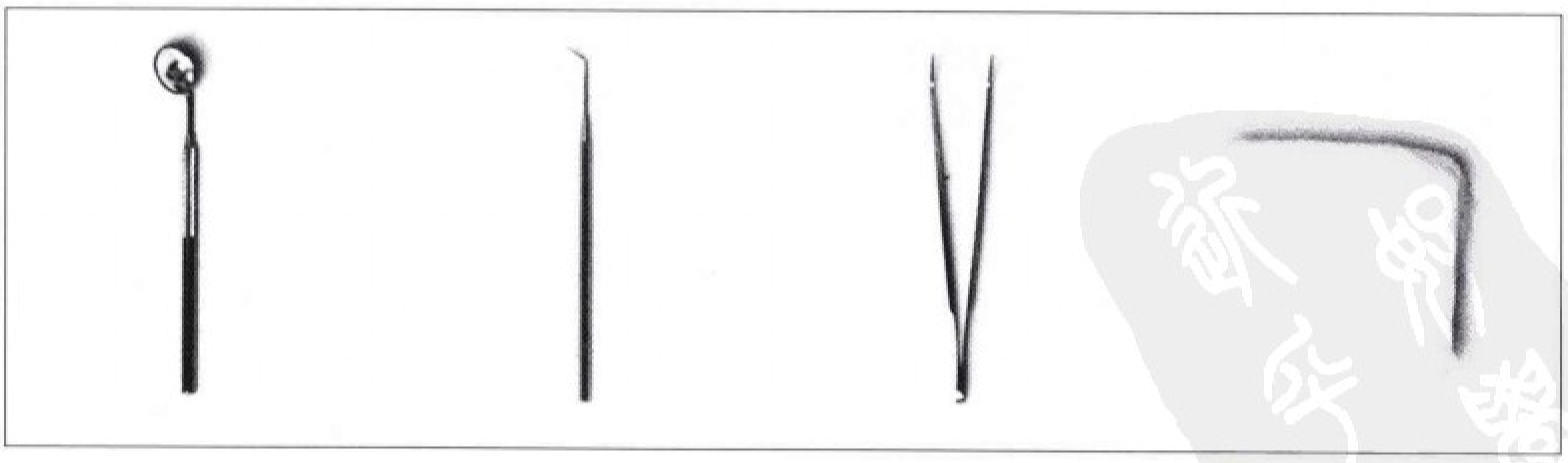
附录 A　器械

Appendix A Instruments

本书中所使用的器械很简单，现在用图片展示出来。每个人可因为自己的喜好而选择不同的器械，图示只是代表一个口腔诊所使用的基本器械，而对于不同专业和不同国家，所使用的器械也会有所不同。

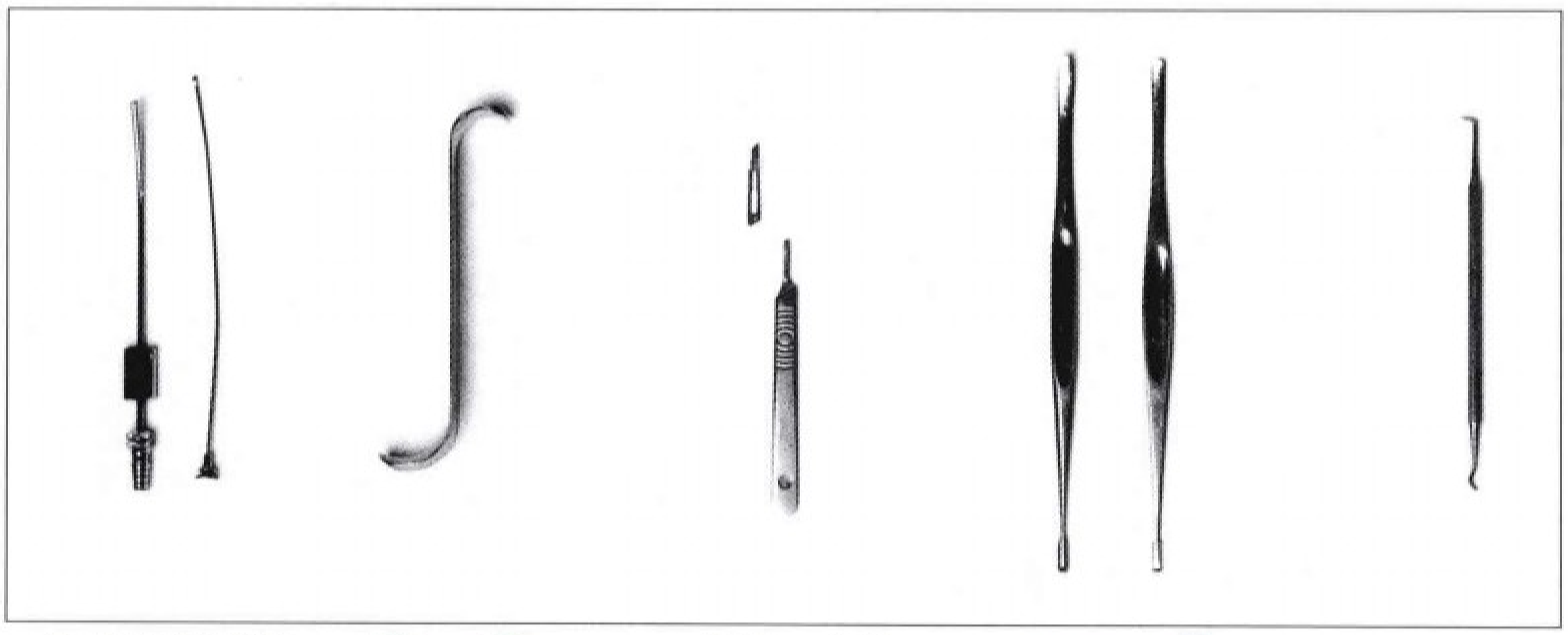


巾钳　　金属注射器　　一次性注射针头　　含肾上腺素 1/80000 的 2%利多卡因管状麻药



口镜　　探针　　镊子　　10cm × 10cm 纱布

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注



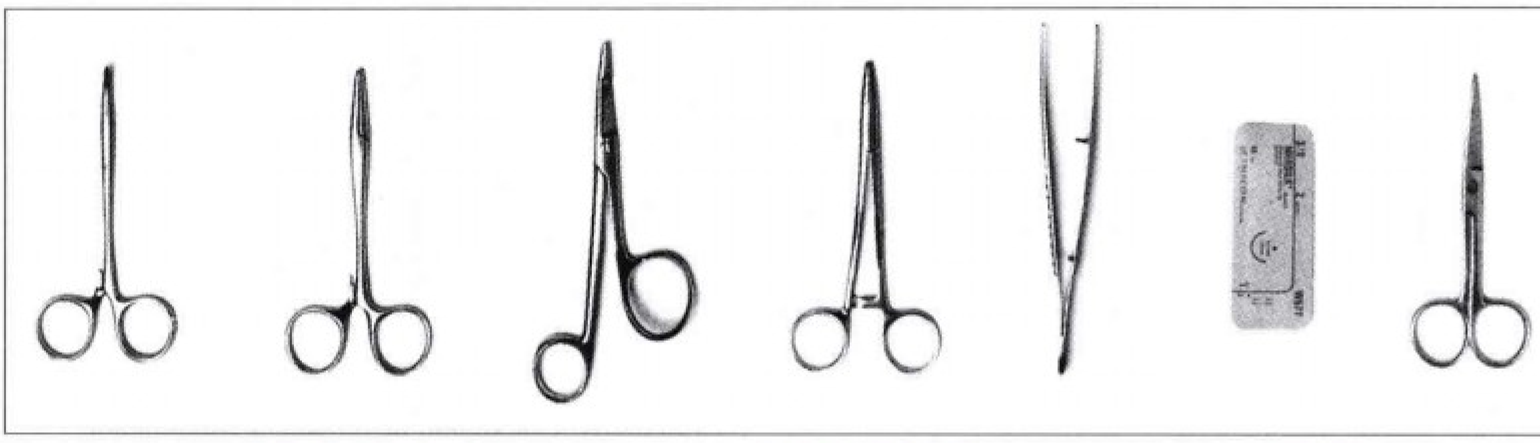
金属吸引管和匹配的通管丝　Kilner 面颊牵拉器　刀柄和一次性刀片（15 号）　Howarth 骨膜剥离器　Mitchell 修整器



直机头　6号纺锤钻　6号锥形钻　布套　塑料药盒



Warwick–James 牙挺　Coupland 牙挺　Cryer牙挺　上颌万用钳　咬骨钳　一次性塑料冲洗注射器



小的蚊式血管钳　大的直血管钳　Gillies持针器　Mayo持针器　Gillies组织镊　一次性3/0缝合丝线，3/8缝针　眼科剪

公众号里每天更新正畸、修复等临床操作视频
口腔视频，微信公众号里搜索qzkqsp1（茄子口腔视频1首字母）即可关注

附录 B 推荐书目

Appendix B Recommended Reading

基础类

Davidson Sir Stanley, *The Principles and Practice of Medicine,* 17th edn (Churchill Livingstone: Edinburgh 1995).

Scully C, Cawson R A, *Medical Problems in Dentistry*, 5th edn (Churchill Livingstone: Edinburgh 2005).

Dental Practitioners, Formulary with *British National Formulary*, Number 32, 1996–8 (BDA, BMA and RPSGB, London) (The Pharmaceutical Press: Oxford 1996).

手术类

Barnes I E, *Surgical Endodontics* corrected reprint (MTP Press: Lancaster 1991).

Howe G L, *Minor Oral Surgery,* 3rd edn (Wright: Bristol 1985).

MacGregor A J, The Impacted Lower Wisdom Tooth (Oxford University Press: Oxford 1985).

McGowan D A, Baxter P W and James J, *The Maxillary Sinus* (Wright: Oxford 1993).

Seward GR, Harris M, McCowan D A, Killey H C and Kay L W, *An Outline of Oral Surgery* (Wright: Oxford 1998).